Nr 5 31 stycznia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr Z. CZEŻOWSKA. Lwów.
Dr J. JAWORSKA.
Dr P. KUBIKOWSKI.

Badania zawartości adrenaliny we krwi w przypadkach obustronnych schorzeń nerkowych i jej stosunku do nadciśnienia tętniczego oraz wydalania związków azotowych.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej (Ordynator: Dr Z. Czeżowska) i z Zakładu Farmakologii Doświadczalnej U. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr W. Koskowski).

Zagadnienie udziału nadnerczy w patogenezie nadciśnienia tętniczego nie straciło swej aktualności od czasu, gdy po raz pierwszy poruszył je Vaquez w roku 1904. Pomimo wielu prac, które się zajmowały tym przedmiotem, sprawa nie została dotychczas ostatecznie rozstrzygnięta z braku przekonywujących dowodów istnienia hiperadrenalinemii w przypadkach nadciśnienia stałego czy napadowego.

Jako dowód, przemawiający przeciw udziałowi adrenaliny w powstawaniu stałego nadciśnienia, podawano fakt nagłego działania i szybkiego znikania adrenaliny po wprowadzeniu do krwiobiegu. Wedle Cannona, adrenalina nie jest hormonem ciągle czynnym, lecz pojawiającym się jedynie w razie potrzeby natychmiastowego przyspieszania krwiobiegu tak, że wszelkie próby wykazania stale zwiększonej lub zmniejszonej ilości adrenaliny we krwi są bezpodstawne.

Krótkotrwałość hipertensyjnego działania adrenaliny tłumaczono jej szybkim zniszczeniem w ustroju (Trendelenburg). Według niektórych autorów adrenalina szybko utlenia się, inni sądzili, że w tętnicach znajduje się swoisty ferment niszczący adrenalinę (Tatum). Nowe światło rzuciły na to zagadnienie prace Gedroycia i Koskowskiego, którzy wykazali, że spadek ciśnienia krwi, spowodowany znikaniem adrenaliny z krążenia, nie jest wynikiem jej szybkiego zniszczenia, lecz tylko zresorbowania i magazynowania w czerwonych ciałkach krwi. Wiadomo z badań Gedroycia i Koskowskiego, że adrenalina przez dłuższy czas może pozostawać w czerwonych ciałkach, nie tracąc działania hipertensyjnego, które występuje po zhemolizowaniu krwinek.

Badania zachowania się adrenaliny we krwi osobników normalnych i chorych napotykały przez długi czas na wielkie trudności także z powodu braku odpowiednich, dostatecznie czułych i pewnych metod zarówno chemicznych, jak biologicznych, które by się nadawały do oznaczenia hormonu znajdującego się w bardzo małych stężeniach. Dopiero Euler określił poziom adrenaliny w normalnej surowicy krwi obwodowej na 10^{-13} g/cm³, posługując się metodą Thunberga zastosowaną dla adrenaliny przez Ahlgrena. Wspomniana metoda odznacza się nadzwyczajną czułością w porównaniu do stosowanych poprzednio i dzięki temu nadaje się do wykrywania małych ilości adrenaliny. Zasada jej polega na oznaczeniu czasu, jaki jest potrzebny do zupełnego odbarwienia pewnej ściśle określonej ilości błękitu metylenowego, w obecności rozdrobnionej tkanki mięsnej, przy czym oddziaływanie musi się odbywać w próżni. Dodanie do układu: błękit metylenowy i mięsień, pewnych ciał chemicznych, np. adrenaliny w stężeniu od 10^{-8} do 10^{-15} g/cm³, przyspiesza w kwaśnym roztworze reakcję odbarwienia błękitu metylenowego.

Według Eulera, rozcieńczenie surowicy normalnej, które dawało jeszcze przyspieszenie odczynu odbarwienia wynosiło 1:400. Surowica ludzi gorączkujących dawała nawet w rozcieńczeniu 1:10.000 przyspieszenie odczynu, czyli wykazywała wzmożoną zawartość adrenaliny.

W. Bross i P. Kubikowski, opierając się na wynikach badań Gedroycia i Koskowskiego, o własności chłonienia adrenaliny przez ciałka czerwone i posługując się metodą Thunberg-Ahlgrena, wykazali znacznie wyższą zawartość adrenaliny w czerwonych ciałkach krwi, niż w surowicy. Podczas gdy granica dla roztworu surowicy normalnej, dającego jeszcze przyspieszenie reakcji, a więc zawierającego w dostatecznej ilości czynną adrenalinę, wynosiła 1:400 (zgodnie z wynikami Eulera), granica dla zhemolizowanych krwinek była znacznie wyższa i wynosiła 1:3200. Wobec tych wyników autorowie określili poziom adrenaliny we krwi obwodowej na $3,233 \cdot 10^{-11}$ g/cm³.

Użycie czułych metod biologicznych oraz uwzględnienie ilości adrenaliny zmagazynowanej w czerwonych ciałkach krwi, umożliwiło wykazanie hiperadrenalinemii w przypadkach, w których poprzednio zaprzeczano jej istnienia. Np. Bross wykazał tą metodą znacznie wzmożoną zawartość adrenaliny w surowicy i krwinkach chorych na zgorzel samorodną.

Powyższe wyniki zachęciły nas do badań zachowania się adrenaliny we krwi osobników z obustronnymi schorzeniami nerek w związku z wysokością ciśnienia tętniczego krwi.

Wiadomo, że w licznych badaniach patogenezy nadciśnienia, towarzyszącego stanom zapalnym nerek, ścierały się różne poglądy: 1) Jedne z nich dopatrywały się przyczyny nadciśnienia w mechanicznym zwiększeniu oporów krążenia w schorzałej nerce (Traube i inni), 2) drugie w uogólnionych organicznych zmianach naczyniowych, które pod wpływem czynnika etiologicznego pojawiają się równocześnie w nerkach i na obwodzie (Gull i Sutton, Munk), 3) trzecie wreszcie uzależniają nadciśnienie od skurczu tętniczek, wywołanego na drodze odruchowej (Volhard) czy też pod wpływem czynników chemiczno-toksycznych, w związku z niewydolnością nerki.

Autorowie francuscy Widal i Weil, Chabanier i inni nie dopatrują się związku między nadciśnieniem tętniczym a stopniem uszkodzenia nerek, uważając oba zjawiska za następstwo zadziałania tego samego czynnika chorobowego.

Z doświadczenia klinicznego jest znany fakt, że zatrzymanie związków azotowych w ustroju, w przebiegu chorób nerkowych, zwykle łączy się z nadciśnieniem, ale wzajemny stosunek tych zjawisk znacznie się waha.

Sochański wyraża przypuszczenie, że objawy naczyniowe, towarzyszące niektórym schorzeniom nerkowym, mogą powstać na drodze wkrewno-wegetatywnej w związku z nadczynnością układu chromochłonnego. Zjawisko występowania lub niewystępowania nadciśnienia może stać w związku, wedle autora, ze wzmożonym napięciem układu sympatycznego lub parasympatycznego.

Nasze badania zawartości adrenaliny we krwi chorych na nerki, miały na celu wykazanie, czy istnieje związek między poziomem adrenaliny we krwi a charakterem zmian nerkowych i stopniem zaburzenia wydolności nerek, oraz wzrostem ciśnienia krwi, towarzyszącym schorzeniu.

W doświadczeniach naszych oznaczaliśmy adrenalinę każdorazowo w surowicy krwi i zhemolizowanych krwinkach, gdyż te wyniki mogły dopiero dać pogląd na stopień adrenalinemii u naszych chorych. Posługiwaliśmy się metodą Thunberga, zastosowaną dla adrenaliny przez Ahlgrena, a następnie przez Eulera i Liljestranda, o której wspominaliśmy powyżej.

Błędy w oznaczeniu adrenaliny tą metodą, polegają według Szent-Györgyi'ego na tym, że zdolność przyspieszania odczynu mają również tyroksyna, insulina i kwas askorbinowy. Jednak z badań Eulera wiadomo, że działanie przyspieszające tyroksyny występuje w środowisku zasadowym, gdy tymczasem adrenalina jest czynna tylko w środowisku kwaśnym. Insulina zaś, jak wykazał Ahlgren, w niskich stężeniach działa tylko przy dodaniu α i β glukozy. Co się tyczy kwasu askorbinowego, to w takich rozcieńczeniach, jakie były używane do naszych oznaczeń, nie mógł wchodzić w rachubę.

Badania były przeprowadzane na czczo przy równoczesnym oznaczaniu ciśnienia krwi, poziomu azotu niebiałkowego, kwasów aminowych i indykanu oraz próby ksantoproteinowej we krwi. Przez cały czas obserwacji chorzy pozostawali na ustalonej diecie, ograniczającej dowóz białka. Co dzień oznaczano dobową ilość moczu, ciężar właściwy i zawartość białka w moczu, u niektórych zaś chorych dobowy wywóz niebiałkowych związków azotowych.

W doświadczeniach kontrolnych u osób z prawidłową czynnością nerek i niepodwyższonym ciśnieniem krwi stwierdzaliśmy w opisanych powyżej warunkach poziom azotu niebiałkowego krwi 20—40 mg %, ilość kwasów aminowych = 2.5—3.5 mg %. Badanie zawartości adrenaliny we krwi metodą Thunberga-Ahlgrena, wykazywało przyspieszenie odczynu odbarwienia dla surowicy w rozcieńczeniu 1:200—1:400, dla zhemolizowanych krwinek w rozcieńczeniu 1:3.200.

U chorych w miarę poprawiania się lub pogarszania stanu kontrolowano poziom adrenaliny we krwi równocześnie z ciśnieniem krwi i zachowaniem się niebiałkowych związków azotowych. U niektórych chorych stosowano zastrzyki preparatów z mięśni szkieletowych (Myostriatol) celem zmniejszenia stopnia azotemii przez wzmożenie wywozu azotu niebiałkowego [1]), po czym kontrolowano zachowanie się adrenaliny.

W ogóle wykonano 60 oznaczeń adrenaliny w surowicy i czerwonych ciałkach krwi u 18 chorych (zobacz tablica).

Jak widać z załączonego zestawienia mieliśmy przeważnie ostre, podostre lub przewlekłe zapalenia kłębuszkowe nerek z większym lub mniejszym stopniem uszkodzenia czynności kłębuszków, dwa przypadki *„glomerulonephritis dispersa"* bez wyraźniejszych objawów niewydolności nerek, jeden przypadek nerczycy, dwa przypadki *nephrosclerosis* z następową niewydolnością nerek.

Dobieraliśmy przypadki z zachowaną sprawnością narządu krążenia ze względu na stwierdzony przez Schlossmanna wzrost adrenalinemii przy duszeniu a więc zależny od zwiększenia się zawartości CO_2 we krwi. Tylko u jednej chorej istniały objawy niewydolności serca przy rozpoczynającej się mocznicy.

Rozpatrując otrzymane wyniki stwierdzamy, że u 13 chorych (na 18 zbadanych) istnieje zwyżka poziomu adrenaliny we krwi. Na 21 badań, dotyczących krwinek, i tyleż badań, dotyczących surowicy krwi tych chorych, przyspieszenie odczynu odbarwienia ze strony zhemolizowanych krwinek wystąpiło 21 razy czyli w każdym badaniu, przyspieszenie odczynu ze strony surowicy tylko 15 razy.

Ten fakt jest w zgodności z twierdzeniem Gedroycia i Koskowskiego, że miarodajnym dla określenia stopnia adrenalinemii jest przede wszystkim stężenie adrenaliny w czerwonych ciałkach krwi. Z tej przyczyny jedynie to ostatnie omówimy przy ocenie otrzymanych wyników.

Badanie krwi.

Lp.	Nazwisko	Rozpoznanie	Ciśnienie krwi w mmHg	Azot nieb. w mg%	Kw. amin. w mg%	Indykan w mg%	Próba ksantopr.	Przyspieszenie odczynów odbarw.		Uwaga
								w surow.	w cz. c. krwi	
1.	Kr.	*Nephrosclerosis*	180	44	12,5	norm.	20	1:800	1:12000	
2.	End.	*Glomerulonephritis chron.*	205	98	5.3	0.32	25	1:1600	1:25000	
3.	Tarn.									
	10. IV.	,, *chr. exacerb.*	180	80	9.2	nie badany	21	1:1600	1:12000	
	28. IV.	,, *chr. exacerb.*	140	41	3.8	nie badany	20	1:400	1:6400	po 6 zastrzykach myostriatolu
4.	Futr.									
	29. XII.	,, *subacuta*	165	55	14.5	norm.	20	1:1600	1:25000	
	14. I.	,, ,,	165	54	11	norm.	20	1:1600	1:25000	
5.	Patr.									
	17. I.	,, ,,	145	49	7.5	0.3	20	1:400	1:6400	
	4. II.	,, ,,	140	36	7.2	0.10	20	1:200	1:3200	po 6 zastrzykach myostriatolu
6.	Steinb.									
	16. II.	,, ,,	165	84	10.5	norm.	18	1:800	1:12000	
	22. II.	,, ,,	165	85	8.2	norm.	20	1:800	1:12000	
	1. III.	,, ,,	130	57	4.3	norm.	18	1:400	1:6400	po 6 zastrzykach myostriatolu
7.	Szpi.									
	9. III.	,, *acuta*	175	60	6.1	norm.	20	1:1600	1:12000	
	18. III.	,, ,,	130	32	4.0	norm.	18	1:400	1:6400	
8.	Róż.	,, *subacuta*	140	61	3.3	norm.	20	1:400	1:6400	
9.	Jar.	,, ,,	125	48	7.8	norm.		1:200	1:3200	
	26. IV.	,, ,,	125	48	6	norm.		1:200	1:3200	
10.	Litw.	,, *dispersa*	125	28	2	norm.		1:200	1:3200	
11.	Homb.	*Pyonephrosis amb., uraemia*	140	86	5	0.4	26	1:800	1:6400	
		,,	85	196	5.4	0.6	30			nie daje się oznaczyć z powodu małej zawart. adren.
12.	Żórk.	*Nephropathia glom. tub., uraemia*	130	28.8	5.8	0.9!		1:200	1:3200	
13.	Nussb.	*Nephritis chr. insuff. cordis, uraemia*	90	96	4.4	0.5	25	1:400	1:6400	
14.	Gold.									
	10. VII.	*Nephritis chr. Climax.*	200	62	5	norm.	20	1:1600	1:12000	
	19. VII.	,,	195	49	5.6	norm.	20	1:800	1:12000	
15.	Lubcz.	*Nephrosis*	125	36	2	norm.	18	1:200	1:3200	
16.	Walden.	*Glomerulonephritis disp.*	125	40	3.1	norm.	19	1:400	1:3200	
17.	Lemp.									
	5. VII.	*Nephroscler. maligna*	245	70	6.3	norm.	21	1:3200	1:100000	
	5. VII.	,,	205	56	6.4	norm.	20	1:3200	1:50000	po 10 zastrzykach myostriatolu
18.	Zaj.									
	8. VII.	*Glomerulonephritis chr. exacerb.*	300	90	5	?	21	1:6400	1:100000	
	18. VII.	,,	235	55	4.5	norm.	20	1:3200	1:25000	

Przyspieszenie odczynu odbarwienia wystąpiło 8 razy w rozcieńczeniu 1:6.400, 7 razy w rozcieńczeniu 1:12.000, 3 razy w rozcieńczeniu 1:25.000, 1 raz w rozcieńczeniu 1:50.000, 2 razy w rozcieńczeniu 1:100.000.

Nasuwało się pytanie, czy istnieje równoległość między wynikiem odczynu Thunberg-Ahlgrena a wysokością ciśnienia krwi u naszych chorych.

Jak widać z przytoczonych liczb, stwierdzonemu sześciokrotnie normalnemu wynikowi odczynu (przyspieszenie odbarwienia w rozcieńczeniu zhemolizowanych krwinek 1:3.200) odpowiadało 4 razy ciśnienie krwi = 125 mm Hg, 1 raz = 130 mm Hg zaś 1 raz = 140 mm Hg. Ten ostatni przypadek dotyczył chorego 52-letniego o wyraźnych objawach miażdżycy tętnic obwodowych.

W ośmiu przypadkach przyspieszenia odbarwienia w rozcieńczeniu 1:6400, ciśnienie krwi wahało się w granicach między 130—165 mm Hg. Tylko u jednej chorej (przypadek nr 13) z objawami przewlekłej mocznicy i znaczną niewydolnością serca stwierdzono odczyn przyspieszenia odbarwienia w rozcieńczeniu 1:6400 przy ciśnieniu tętniczym = 90 mm Hg. Jednak w chwili przyjęcia tej chorej na oddział ciśnienie krwi wynosiło 170 mm Hg,

———————

[1]) Z. Czeżowska, J. Jaworska: Pol. Gaz. Lek. Nr 13, 1935.

a obniżało się w miarę pogarszania się stanu serca. W dalszych badaniach wyłączyliśmy przypadki o zaznaczających się objawach niewydolności serca.

U siedmiu chorych stwierdziliśmy przyspieszanie odbarwienia w rozcieńczeniu krwinek 1:12000. U wszystkich ciśnienie krwi wahało się między 165—200 mm Hg.

W 3 przypadkach, w których przyspieszenie odczynu wystąpiło w rozcieńczeniu 1:25000, ciśnienie krwi wynosiło 165, 205 i 235 mm Hg.

Przyspieszenie odczynu odbarwienia w rozcieńczeniu 1:50000 widzieliśmy przy ciśnieniu krwi = 205 mm Hg, zaś w rozcieńczeniu 1:100000 przy hipertensji = 245 mm Hg i 300 mm Hg.

W ogóle w badanych przez nas przypadkach ciśnienie krwi wzrastało ze stopniem hiperadrenalinemii, jakkolwiek ścisłej równoległości w zachowaniu się obu wartości nie można stwierdzić.

Następnym zagadnieniem, które się nasuwało przy rozpatrywaniu otrzymanych wyników, był stosunek adrenalinemii do stopnia niewydolności nerki. Ponieważ spostrzegane przez nas dwa przypadki nerczycy, z normalnym ciśnieniem krwi a ze znacznym upośledzeniem wydalania chlorków i wody, wykazywały prawidłowe stężenia adrenaliny we krwi, braliśmy następnie pod uwagę prawie jedynie przypadki schorzenia kłębuszków nerkowych. Za sprawdziany niewydolności nerek w tych schorzeniach uważaliśmy: wysokość azotu niebiałkowego we krwi, stężenie kwasów aminowych i indykanu we krwi, wreszcie wynik próby ksantoproteinowej w surowicy krwi.

Do obserwacji nadawały się bardziej przypadki podostrego zapalenia kłębuszkowego nerek, niż przypadki marskości nerek z ustalonym wysokim ciśnieniem krwi. Rozstrzygającym dla obrazu klinicznego marskości w okresie wyrównania, tj. przy zachowanej wydolności serca, jest raczej stopień nieodwracalnych zmian anatomicznych w naczyniach nerkowych i obwodowych, niż natężenie objawów toksycznych, wynikłych z zaburzenia czynności nerek. Natomiast w okresie niewyrównania z następową mocznicą, niewydolność serca może sama przez się wskutek upośledzenia krążenia i prawidłowej wymiany gazowej stanowić przyczynę wzmożonej produkcji adrenaliny przez wzrost zawartości bezwodnika węglowego we krwi.

W przypadkach ostrych i podostrych zapaleń kłębuszkowych nerek lub przewlekłych zmian zapalnych z zaostrzeniami powstaje natomiast cała skala nasilenia objawów chorobowych niezależnych od wydolności serca, które mogą ulegać ewolucji w kierunku korzystnym lub niekorzystnym dla chorego, przez co nadają się dobrze do obserwacji.

Wyniki naszych spostrzeżeń są następujące:

W 2 przypadkach *„glomerulonephritis dispersa"* z prawidłowym poziomem azotu niebiałkowego krwi i niepodwyższonym ciśnieniem krwi poziom adrenaliny we krwi był normalny.

W 18 oznaczeniach, wykonanych u chorych z *„glomerulonephritis subacuta* lub *chronica"*, równocześnie z hiperazotemią stwierdziliśmy mniej lub bardziej podwyższony poziom adrenaliny we krwi. Jednak równoległość obu wartości jest mniej wyraźna niż przy porównaniu ze stopniem nadciśnienia.

W przypadkach miernej zwyżki poziomu azotu niebiałkowego krwi, poziom adrenaliny przedstawiał się rozmaicie u różnych osobników. Niekiedy obserwowano zwiększoną adrenalinemię przy stosunkowo małym zatrzymaniu związków azotowych — w innych znacznej zwyżce azotu niebiałkowego krwi odpowiadała mała zwyżka poziomu adrenaliny. W tych ostatnich przypadkach istniała nieznaczna zwyżka ciśnienia krwi.

Wreszcie w 1 przypadku bardzo znacznej zwyżki azotu niebiałkowego krwi w przebiegu mocznicy (przyp. 11) poziomu adrenaliny we krwi nie udało się oznaczyć. Podobny brak równoległości mogliśmy stwierdzić pomiędzy stopniem adrenalinemii a poziomem kwasów aminowych we krwi.

Inaczej przedstawia się sprawa wtedy, jeżeli badamy zachowanie się tych wartości u tego samego osobnika w miarę polepszania się lub pogarszania wydolności nerek.

W przypadkach 3, 6, 7, 17 i 18 po leczeniu dietetycznym oraz wprowadzeniu dożylnym myostriatolu poprawił się wywóz niebiałkowych związków azotowych i obniżył się poziom azotu niebiałkowego krwi. U wszystkich równolegle do poprawy wydolności nerek obniżył się poziom adrenaliny we krwi przy równoczesnym spadku ciśnienia krwi. Te obserwacje przemawiały za związkiem między zatrzymaniem ciał azotowych w ustroju a hiperadrenalinemią w przypadkach schorzeń nerkowych. Nie widać tego związku między zachowaniem się próby ksantoproteinowej, będącej — jak wiadomo — wskaźnikiem zatrzymania w ustroju ciał aromatycznych, a poziomem adrenaliny we krwi. Przy prawidłowym wyniku próby ksantoproteinowej widzieliśmy zarówno prawidłowy odczyn odbarwienia, jak i przyspieszenie odczynu Ahlgrena w rozcieńczeniu 1:100.000.

Stwierdzony przez nas związek między poziomem azotu niebiałkowego krwi a adrenalinemią w jednym tylko przypadku zachował się wręcz odmiennie od innych; mianowicie wspomniany powyżej przypadek obustronnego roponercza i znacznego upośledzenia czynności nerek u 60-letniego mężczyzny (przyp. 11). Wraz z pogorszeniem stanu i zwyżką azotu niebiałkowego krwi z 86—196 mg %, poziom adrenaliny we krwi, poprzednio lekko podwyższony, obniżył się tak, że w rozcieńczeniu 1:25! surowica nie dawała odczynu Thunberg-Ahlgrena. Równocześnie przy zachowanej początkowo wydolności serca (tętno 80—90 na min. i brak objawów zastoju) ciśnienie krwi spadło z 140 do 85 mm Hg i wystąpiły objawy typowej mocznicy, które wkrótce doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Zawartość indykanu we krwi dosięgała u tego chorego *0.6 mg %!*

Kolejność zjawisk obserwowanych u tego chorego wiedzie do wniosku, że końcowy okres schorzenia rozpoczął się z chwilą niewydolności nadnerczy z następowym spadkiem ciśnienia krwi. Ten mechanizm wydaje się prawdopodobny, jeżeli weźmiemy pod uwagę podnoszoną przez niektórych autorów wyrównującą rolę nadciśnienia w przebiegu schorzeń kłębuszkowych nerek.

Wydaje się zrozumiałą możliwość toksycznego uszkodzenia nadnerczy przy niewydolności nerek. Po okresie wzmożonej czynności układu chromochłonnego może nastąpić wyczerpanie się tegoż pod wpływem postępującego zatrucia ustroju. Za tym tłumaczeniem przemawia fakt, że prawie we wszystkich przypadkach znacznie wzmożonej indykanemii poziom adrenaliny we krwi był stosunkowo nieznacznie lub wcale niepodwyższony. Wiadomo, że znaczny wzrost zawartości indykanu we krwi jest jednym z najistotniejszych wskaźników przewlekłej mocznicy.

Jeżeli zatem, opierając się na naszych spostrzeżeniach, przyjmiemy, że zatrzymanie niebiałkowych połączeń azotowych w ustroju mogło by stać w związku ze wzmożonym wyzwalaniem się adrenaliny, to zjawisko przejściowej czy trwałej niedomogi czynnościowej nadnerczy może tłumaczyć brak równoległości między stopniem hiperazotemii a poziomem adrenaliny we krwi.

Wydaje się też zrozumiałym, że stan zmniejszonej wydolności nadnerczy nie zawsze jest wynikiem zatrucia nerkowego. Równą a może większą rolę mogą odgrywać czynniki infekcyjno-toksyczne, które spowodowały schorzenia nerek. Być może także, że w niektórych przypadkach nieznacznej hiperadrenalinemii i małego nadciśnienia przy znacznym zatrzymaniu związków azotowych istnieje konstytucjonalnie zmniejszona wydolność układu chromochłonnego.

A zatem różne przyczyny mogłyby powodować brak równoległości między poziomem adrenaliny we krwi a stopniem niewydolności aparatu kłębuszkowego nerek u różnych osobników, — u jednego i tego samego chorego ta równoległość wyraźnie się zaznacza. Nie widzieliśmy jej natomiast w przypadku, w którym z góry można było przewidzieć zwiększoną czynność nadnerczy na tle okresu przekwitania. U chorej G., l. 50 (przyp. 14) z objawami przewlekłego schorzenia kłębuszków nerkowych z nadciśnieniem = 200 mm Hg i odczynem Thunberg-Ahlgrena w rozcieńczeniu krwinek 1:12.000, azot niebiałkowy krwi wynosił 62 mg %. Po leczeniu stan nerek poprawił się o tyle, że moczenie wzrosło i poziom azotu niebiałkowego krwi obniżył się do 49 mg % — jednak ciśnienie krwi i poziom adrenaliny we krwi pozostały niezmienione.

Nasuwa się pytanie, czy istnieją fakty doświadczalne, przemawiające za tym, że pewne niebiałkowe połączenia azotowe mogą być bodźcem dla wzmożonej produkcji adrenaliny ?

W doświadczeniach na wymóżdżonym kocie wykazano, że wstrzyknięcie 0.01 mg histaminy powoduje najpierw obniżenie ciśnienia krwi a następnie długotrwałe podwyższenie ciśnienia, przekraczające znacznie poziom pierwotny (Hogben, Schlapp i Macdonald 1924). Ten wzrost ciśnienia krwi po wprowadzonej dożylnie histaminie jest następstwem wydobywania się adrenaliny z nadnerczy. Przemawiają za tym badania Burn'a i Dale'a wykazujące, że usunięcie nadnerczy niweczy ten wpływ.

Wprowadzając bardzo powoli psu uśpionemu chloralozą roztwór histaminy dożylnie, widzieliśmy w okresie wzrostu ciśnienia przyspieszenie odczynu odbarwienia w rozcieńczeniu 1:12.000 podczas gdy z początkiem doświadczenia odczyn Thunberga-Ahlgrena z krwinkami badanego psa był prawidłowy. Wzrost ciśnienia krwi wystąpił wraz z podwyższeniem się poziomu adrenaliny we krwi.

Jakkolwiek wpływ histaminy na wzrost ciśnienia tętniczego drogą wzmożonej produkcji adrenaliny został doświadczalnie stwierdzony, to jednak nie mamy dowodów na to, żeby niewydolność nerek stwarzała warunki dla nagromadzenia się większej ilości histaminy w ustroju. Z badań zachowania się histaminy w ustroju normalnym wynika, że w ogóle tylko mała jej część wydala się z moczem. Zmagazynowana w czerwonych ciałkach

krwi, może w miarę ich rozpadu uwalniać się i spełniać swą rolę fizjologiczną w ustroju, między innymi wywierać wpływ na ciśnienie krwi a także najprawdopodobniej na wyzwalanie adrenaliny. Jednak wedle Dale'a i Laidlawa największa część histaminy zamienia się w ustroju w farmakodynamicznie nieczynną pochodną imidazolu prawdopodobnie kwas imidazoloctowy.

Nasze badania wzrostu zawartości histaminy we krwi w przypadkach niewydolności nerek wypadły ujemnie.

Brak więc dowodów klinicznych czy doświadczalnych na to, że w okresie niewydolności nerek dla wydalania związków azotowych histamina mogłaby odgrywać rolę, jako bodziec dla wzmożonej produkcji adrenaliny.

M. Loeper, M. Perrault i A. Lesure badali zachowanie się imidazolów w surowicy krwi ludzkiej metodą kolorymetryczną i stwierdzali znaczne ich stężenie w przypadkach niewydolności nerek. Niektóre z tych połączeń (metylimidazole) mają działanie hipertensyjne (M. Loeper, A. Mougeot i R. Aubertot). Nie mamy obecnie dowodów na to, że wpływ tych połączeń na ciśnienie krwi odbywa się pośrednio, drogą wyzwalania adrenaliny z nadnerczy, podobnie, jak przy powolnym wprowadzeniu histaminy, jednak podobny mechanizm działania tych pokrewnych sobie ciał wydaje się możliwy.

W doświadczeniach na zwierzętach próbowaliśmy następnie zbadać zagadnienie wpływu poszczególnych niebiałkowych połączeń azotowych na ciśnienie krwi i zawartość adrenaliny we krwi.

Wprowadzenie dożylnie psu roztworu: 1) α-alaniny, 2) β-alaniny, 3) leucyny, 4) asparaginy, 5) histydyny nie dało wzrostu ciśnienia krwi ani przyspieszenia odczynu odbarwienia. Tak samo ujemny był wynik przy wprowadzeniu psom glutationu. Wynik tych doświadczeń nie pozwala przypuszczać, że zatrzymanie w ustroju wymienionych kwasów aminowych może stanowić bodziec dla zwiększonej produkcji adrenaliny. Nie spodziewaliśmy się wyników po wprowadzeniu dożylnym roztworu mocznika, jako ciała pod względem farmakodynamicznym w ogóle mało czynnego. W doświadczeniach uzyskaliśmy po wprowadzeniu tego ciała tylko małą zwyżkę poziomu adrenaliny w surowicy krwi. Odczyn Thunberga-Ahlgrena wystąpił w rozcieńczeniu 1:400 (norma 1:200), ciśnienie krwi wzrosło ze 170—200 mm Hg.

Wyraźniejszy wynik na poziom adrenaliny we krwi otrzymano po wprowadzeniu kreatyniny (odczyn Thunberg-Ahlgrena w rozcieńczeniu surowicy ponad 1:400, zaś dla czerwonych ciałek w rozcieńczeniu między 1:12000 a 1:6400). Mniej wyraźnie przyspieszanie odczynu odbarwienia wystąpiło przy wprowadzeniu kreatyny (dla surowicy w rozcieńczeniu 1:400, dla czerwonych ciałek krwi 1:6400). Mieszanina roztworów mocznika, kreatyny i kreatyniny wprowadzona dożylnie dawała również nieznaczny wzrost ciśnienia krwi i przyspieszenie odczynu odbarwienia. Dodać należy, że przy badaniu działania powyższych związków kontrolowano ich bezpośredni wpływ na wynik odczynu odbarwienia. Okazało się, że jedynie kreatynina w silniejszych zgęszczeniach np. 1‰ ma pewien wpływ na przyspieszenie odczynu Thunberg-Ahlgrena. Jednak w rozcieńczeniach krwi używanych do naszych badań to bezpośrednie działanie kreatyniny nie wchodziło zupełnie w rachubę.

Wyniki powyższych doświadczeń na zwierzętach trzeba oceniać z wielką ostrożnością. Zjawisko obserwowane u człowieka ze schorzałym aparatem kłębuszkowym nerek nie zawsze dają się porównać z warunkami stworzonymi doświadczalnie na zdrowych zwierzętach.

Jeżeli jednak nasze obserwacje kliniczne porównamy z wynikami badań doświadczalnych będziemy uprawnieni do wniosku, że zatrzymanie w ustroju niektórych połączeń azotowych może stanowić bodziec dla wyzwalania adrenaliny z nadnerczy z następowym wzrostem ciśnienia krwi.

Nie zdaje się jednak, aby hiperadrenalinemia stanowiła jedyny czy najważniejszy czynnik w mechanizmie powstawania nadciśnienia w przebiegu schorzeń nerkowych. Wskazuje na to pewien niestosunek między stężeniem adrenaliny we krwi a stopniem hipertensji w porównaniu z wynikami obserwowanymi przez innych autorów w przypadkach nadciśnienia. Np. Bross, posługując się identycznymi metodami badania w przypadkach zgorzeli samorodnej znajdował wyższy stopień hiperadrenalinemii przy stosunkowo nieznacznym nadciśnieniu.

Np.: Przypadek 1. Przy nadciśnieniu 145 mm Hg stwierdzono przyspieszenie odczynu odbarwienia w rozcieńczeniu 1:25.000.

Przypadek 2. Przy nadciśnieniu = 150 mm Hg, przyspieszenie odczynu odbarwiania dla czerwonych ciałek krwi występuje już w rozcieńczeniu 1:100.000.

Przypadek 3. Przy nadciśnieniu = 160 mm Hg, przyspieszenie odczynu odbarwiania występuje w rozcieńczeniu 1:50.000 itd.

U tych wszystkich chorych nie było objawów niewydolności serca ani nerek.

Jeżeli dla porównania przejrzymy przytoczone powyżej wyniki naszych badań, zobaczymy, że przy stężeniu adrenaliny wywołującym przyspieszenie odczynu odbarwiania w rozcieńczeniu krwinek 1:50.000 i 1:100.000 nadciśnienie tętnicze wynosi 205 mm Hg, 245 mm Hg i 300 mm Hg. Ponadto widzimy, że w przypadkach względnie niewysokiej hiperadrenalinemii (przyspieszenie odczynu odbarwienia w rozcieńczeniu 1:12.000. Przypadek 3 i 14) nadciśnienie tętnicze dosięga 180—200 mm Hg.

Powyższe spostrzeżenia przemawiają za bardziej złożonym mechanizmem powstawania nadciśnienia w przebiegu chorób nerkowych. Być może, że w okresie zatrzymania związków azotowych wchodzi także w grę sympatykotoniczne działanie aminów o budowie zbliżonej do adrenaliny.

W przypadkach przewlekłych schorzeń nerkowych połączonych z nadciśnieniem główne znaczenie mają najprawdopodobniej uogólnione zmiany anatomiczne w tętniczkach, wiodące do trwałego zwężenia łożyska naczyniowego. W tych przypadkach można by wzmożonej produkcji adrenaliny przypisać rolę w powstawaniu tzw. przełomów naczyniowych na tle trwałego nadciśnienia — nie mieliśmy jednak sposobności przekonać się o tym w naszych badaniach.

Streszczenie.

W przypadkach schorzeń nerkowych z nadciśnieniem tętniczym wykazano wzmożoną zawartość adrenaliny we krwi.

Istnieje pewna, choć niezupełna równoległość między wysokością ciśnienia krwi a stopniem hiperadrenalinemii u poszczególnych chorych. Spostrzeżenie to nie dotyczy osobników o uogólnionych zmianach anatomicznych w naczyniach.

Można wykazać związek między zatrzymaniem niebiałkowych ciał azotowych w ustroju a wzmożonym wyzwalaniem adrenaliny i nadciśnieniem tętniczym. Widocznym staje się ten związek zwłaszcza u chorych w miarę pogarszania się lub polepszania sprawności nerek w wydalaniu związków azotowych.

Wzmożona ilość adrenaliny w krwiobiegu nie jest jedynym czy najważniejszym czynnikiem wywołującym nadciśnienie w schorzeniach nerek, które jest wynikiem mechanizmu bardziej złożonego.

Piśmiennictwo:

Ahlgren G.: Abderh. Hdb. d. biol. Arbeitsmet. T. IV. Z. 1. Str. 218 — Bross W.: Arch. Tow. Nauk. we Lwowie. T. VIII. Z. 3. 1936. — Bross W. i Kubikowski P.: Nowiny Lekarskie. Z. 8. 1935. — Burn i Dale: Journ. of Physiol. T. 61. 1926. — Cannon: według Modrakowskiego. — Dale i Laidlaw: według Koskowskiego. — Euler: Arch. f. exp. Path. u. Pharmak. T. 171. 1933. — Euler i Liljenstrand: Scand. Arch. f. Physiol. T. 55, 1929. — Franke M.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. II. Str. 63. 1925. — Gedroyć M. i Koskowski W.: Pol. Gaz. Lek. Nr 13. 1931. — Gull i Sutton: według Volharda. — Guggenheim M.: Les amines biologiques. Paryż 1934. — Hogben, Schlapp i Macdonald: według Koskowskiego. — Januszkiewicz A.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. VII. Str. 487, 1929. — Koskowski W.: Kosmos. Tom LVI. Str. 23, 1931. — Loeper M., Mougeot A. i Aubertot R.: C. R. Soc. Biol. T. CXVI. Str. 33. 1934. — Loeper M., Perrault M. i Lesure A.: C. R. Soc. Biol. T. CXVII. 1934. — Modrakowski J.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. VII. Str. 463, 1929. — Munk F.: Pathologie u. Klinik der Nierenerkrankungen 1925. — Sochański H.: Pol. Arch. Med. Wewn. T. III. 1925. — Szent-Györgi: według Brossa i Kubikowskiego. — Tatum: według Koskowskiego. — Trendelenburg: według Koskowskiego. — Thunberg T.: Akad. Arch. f. Physiol. T. 35, 1918. — Traube L.: według Januszkiewicza. — Vaquez: według Volharda. — Volhard F.: Hdb. d. inn. Medizin Mohr L. i Stachelina 1918.

Dr Stanisław RAWICZ. Warszawa.

Postępowanie lecznicze w okresie bezobjawowym wrzodu żołądka i dwunastnicy na tle nowoczesnych poglądów.

Z IV Oddziału Wewnętrznego Szpitala na Czystem Dr Landsberga w Warszawie.

Wrzód żołądka i dwunastnicy w okresie objawowym jest przedmiotem troskliwej opieki lekarza-praktyka oraz klinicysty, wyczerpująco omówiony w podręcznikach i monografiach, postępowanie lecznicze ujęte w szereg schematów podanych przez róż-

nych autorów. Dla okresu po ustąpieniu objawów podmiotowych i przedmiotowych, wskazania lecznicze są mniej ściśle określone. Ograniczają się one zazwyczaj do stwierdzenia, że po zniknięciu zatoki w Roentgenie należy leczenie prowadzić jeszcze dłuższy czas np. 2 lata. Tego rodzaju stan rzeczy prowadzi albo do pewnej przesady w ograniczaniu diety (R. Gutmann) w okresie bezobjawowym albo napotyka na zrozumiały opór chorego, który nie mając żadnych dolegliwości zaprzestaje w zupełności leczenia.

Patogeneza *ulcère Cruveilhier* jest stale sprawą otwartą, a szereg teoryj, naczyniowa, nerwowa, urazowa, trawienna, zapalna, brak aminokwasów, daje tłumaczenie niewystarczające.

Zniknięcie zatoki w obrazie rentgenologicznym, mające być odpowiednikiem klinicznym anatomicznego zabliźnienia wrzodu, nie może być uważane za zakończenie sprawy, tym bardziej, że pomijając możliwość istnienia ogólniejszej przyczyny wrzodu, brak większej ilości badań bezpośrednich gastroskopowych.

Wrzód ostry widywany na stole operacyjnym lub sekcyjnym, o ile nie daje krwotoków lub przebicia jest klinicznie bezobjawowy lub nie daje się rozpoznać. Tzw. potocznie bez bliższego określenia wrzód żołądka lub dwunastnicy jest anatomicznie zawsze wrzodem przewlekłym. Histologicznie cechuje wrzód przewlekły naruszenie mięśniówki oraz wysiękowa i wytwórcza sprawa w podścielisku. Nawrotowi odpowiada zniszczenie blizny lub powstanie nowego albo nowych ubytków.

Przyczyna nawrotu łączy się ściśle z zagadnieniem patogenezy wrzodu, a tłumaczenie nawrotu jedynie błędem dietetycznym jest przeważnie stwierdzeniem naszej niewiedzy. Dla lekarza-praktyka ważnym jest zagadnienie możliwości nawrotu, czasu jego wystąpienia, sposobów zapobiegania oraz wytyczne dla postępowania w okresie bezbólowym. Należy podkreślić pierwszorzędne znaczenie dokładnego wywiadu, który często wskazuje na pewną okresowość nawrotów, uprzywilejowanie pewnych miesięcy i okoliczności dla wystąpienia nowego okresu bólowego.

Ocena wyników leczniczych wrzodu żołądka i dwunastnicy napotyka na znaczne trudności ze względu na skłonność do samoleczenia się tej choroby oraz na różny czas trwania okresów bólowych i znikanie zatoki rentgenologicznej zależnie od przypadku. Przyczynowego leczenia wrzodu nie znamy i zgodzić się trzeba z tym, że dotychczasowe sposoby leczenia są tylko objawowe.

Co jakiś czas pojawiają się nowe środki i metody leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy. Ograniczę się tylko do ich częściowego wyliczenia: leczenie wstrząsowe białkiem (Pribram, Gutmann, R. Schmidt i inni), szczepionki (Saunders, Delbet i inni), insulina (Simitsky, Vaquez, Cade), wyciągi przytarczyc (Oltramare, Moutier, Camus, M. i E. Levy), pepsyna (Loeper, Glaessner, Livierato, Simonetti), przepłukiwania roztworem azotanu srebrowego (Cytrouberg), a wreszcie ostatnio wprowadzona histydyna (Aron, Weiss, Merklen). Podstawą jednak leczenia było i pozostanie leczenie dietetyczne.

Dla okresu bezobjawowego choroby wrzodowej odpowiednia dieta jest właściwie jedynym leczeniem. Rzeczą kunsztu lekarskiego jest ułożenie takiej diety, by spełniała swe zadanie z punktu widzenia lekarskiego i dla chorego była smaczna, dostateczna i łatwa do przeprowadzenia.

Idealna dieta wrzodowa tzn. nie pobudzająca lub minimalnie pobudzająca czynności ruchowe i wydzielnicze żołądka z punktu widzenia fizjologii właściwie nie istnieje. Uwzględnianie tych momentów w okresie bezobjawowym napotyka na bezwzględny opór chorego i jest nie do przeprowadzenia.

Dieta dla okresu poprawy powinna być sama przez się: 1) mechanicznie, 2) chemicznie nie drażniąca. 3) wystarczająca pod względem kalorycznym, dowozu białka i witamin. 4) w odpowiedni sposób na dzień rozłożona i zobojętniająca nadmiar kwasów. 5) nie zapierająca, 6) smaczna i urozmaicona.

Tego rodzaju dieta uwzględnia najważniejsze domniemane przyczyny choroby wrzodowej, stan zapalny śluzówki i nadkwaśność.

Ad 1) mechanicznie drażniące są przede wszystkim wszelkie pokarmy nienależycie rozgryzione i zżute. Nieodzownym warunkiem jest odpowiedni stan uzębienia naturalnego lub sztucznego. „Złe zęby, zły żołądek" o tym należy zawsze pamiętać. Kęs powinien być dobrze przeżuty i naśliniony. Przyczyną niejednego nawrotu jest szkodliwy nawyk szybkiego jedzenia; pod tym względem chory powinien zawsze być uświadomiony przez lekarza.

Wszelkie pokarmy nie dające się w jamie ustnej zamienić w jednolitą papkę mogą mechanicznie urażać śluzówkę żołądka. Zakazane są zatem wszelkie owoce drobnopestkowe, jak porzeczki, agrest, maliny, figi; poza tym orzechy, migdały, wszelkie jarzyny obficie błonnikowe, jak kalarepa, kapusta, sałata, groch, fasola, rzodkiew, ogórki, poza tym otręby cienko mielone, mak, inne nasiona itp.

Ad 2) tu przede wszystkim należy wymienić napoje alkoholowe, które za wyjątkiem lekkiego wina w małej ilości są bezwzględnie szkodliwe. Poza tym należą tu ocet, musztarda i wszelkie przyprawy tzw. „korzenne", jak pieprz, chrzan, papryka, goździki, działające przez zawartość chemicznie dla śluzówki żołądka nieobojętnych olejków eterycznych i będące silnymi bodźcami wydzielniczymi. Ze swej strony lekarz powinien pamiętać, że chemicznie drażnić mogą także pewne lekarstwa, jak jodki, salicylaty, preparaty kreozotowe, mentol, nalewki alkoholowe, pochodne purynowe.

Ad 3) w praktyce obliczanie na kalorie jest uciążliwe i przeważnie nie daje się przeprowadzić. Fizjologicznie sprawa dowozu kalorycznego regulowana jest przez uczucie głodu czy sytości. Raczej należy zwrócić uwagę, by poszczególne posiłki nie były zbyt objętościowe; chory powinien być syty, a nie najedzony. W szerokiej mierze należy dbać o dowóz witamin pod postacią surowych owoców i soków z jarzyn. Zależnie od pory roku i zamożności chorego (z czym zawsze należy się liczyć) zalecamy różne owoce, jak pomarańcze, cytryny, jabłka kruche, banany, szlachetne gatunki śliwek, morele, brzoskwinie, winogrona. Nie należy tego traktować schematycznie, lecz uwzględniając indywidualną wrażliwość chorego.

Białka dostarczamy pod postacią mięsa, jaj, sera. Mięso każdego rodzaju jest dozwolone. Rozróżnianie między mięsem białym i ciemnym jest nieistotne, musi tylko być świeże i w dobrym gatunku. Z tymi samymi zastrzeżeniami dozwolone są także ryby. Co do sposobu przyrządzania, to najbardziej wskazane jest mięso gotowane; mieso pieczone bez warstwy zewnętrznej jest często dobrze znoszone. Mięso smażone zasadniczo jest zabronione. Wyjątkowo można pozwolić na mięso smażone, ale tylko na świeżym maśle i nie częściej niż 1—2 razy w tygodniu. Jaja i ser dozwolone są w każdej ilości.

Jako węglowodany podajemy cukier, pieczywo, ziemniaki, różne kaszki, jarzyny. Cukier w roztworze ma tę właściwość, że nie pobudza wydzielania soku żołądkowego. Ta jego zdolność wykorzystana była w leczeniu wrzodu przez różnych autorów. Co do pieczywa, to wskazane jest tylko pieczywo pszenne lub pszenno-razowe, żytnie jest przeważnie źle znoszone. Co do kasz i podobnych przetworów złożonych, to dozwolone są te rodzaje, które odpowiadają warunkom wymienionym *ad 2*, tzn. dające się dobrze rozgotować i nie posiadające otoczki błonnikowej, a więc ryż, kasza manna, krakowska itp. Zazwyczaj dobrze znoszone są wszelkie potrawy mączne.

Jarzyny są bardzo często źle znoszone, zwłaszcza zimą, gdy zmuszeni jesteśmy posługiwać się jarzyną suszoną lub przechowywaną w piwnicach. Lepiej są znoszone jarzyny młode — marchewka, buraczki, szparagi; zabronione natomiast są wszelkie kapusty, sałaty, groch, fasola, kukurydza. Ziemniaki przecierane lub pieczone w łupinie są dozwolone. W dużej mierze w doborze potraw odgrywa rolę osobista tolerancja i doświadczenie chorego, co zawsze w szerokiej mierze należy uwzględnić.

Ad 4) człowiek zdrowy odżywia się zasadniczo 3 razy dziennie. Dla człowieka z chorobą wrzodową jest to bezwzględnie za mało. Towarzyszący chorobie wrzodowej nadmiar kwasu żołądkowego musi być konsekwentnie wiązany. Praktycznie najlepiej urządzić to w ten sposób, by między 3 główne posiłki wstawić 2 dodatkowe, których celem jest wiązanie kwasu solnego. Dobrze się nadaje do tego szklanka słodkiego niezbieranego mleka, w razie potrzeby z dodatkiem *aqua calcis*, słodka śmietanka, jaja na miękko, bułka grubo masłem posmarowana. W razie obudzenia się w nocy należy również zalecić wypić kilka łyków mleka jak wyżej lub śmietanki. Dodatkowe posiłki pozwolą na pewne ograniczenie objętości posiłków głównych, co ze względu na zasadę oszczędzania śluzówki jest bardzo istotne.

Ad 5) codzienne wypróżnianie jest nieodzownym warunkiem dobrego samopoczucia chorego. Chory uważa regularne wypróżnienie za sprawdzian zdrowia swego żołądka i kiszek; brak wypróżnienia jest dla chorego źródłem niepokoju i obaw. Dobrze ułożony jadłospis, uwzględniający w dostatecznej mierze dozwolone owoce i dobrze znoszone jarzyny, dostateczny dowóz płynów oraz ruch, zazwyczaj wystarczają do otrzymania codziennego wypróżnienia.

Ad 6) Jak widać z przeglądu dozwolonych potraw, dietę ułożyć można w sposób smaczny i urozmaicony. W możliwie najszerszej mierze należy zadowolić przyzwyczajenia pokarmowe chorego. Przede wszystkim należy wspomnieć o soli: mierne solenie potraw jest zawsze dopuszczalne. Częsta przyprawa —

ocet, da się z powodzeniem zastąpić przez cytrynę. W diecie, z której wykluczone są wszelkie *ad 2)* wymienione przyprawy, dobre usługi oddaje pomidor, który lekko solony lub z cytryną jest celową i przyjemną okrasą jadłospisu chorego. Bardzo często chorzy upominają się o czarną kawę. Jakkolwiek kawa jest silnym bodźcem wydzielniczym, jednak można pozwolić na picie czarnej kawy raz dziennie np. po obiedzie, który już sam przez się powoduje duże wydzielanie kwasu solnego.

Niesposób wyliczyć wszystkich potraw i używek, o które niekiedy dopominają się chorzy. Uprzytamniając sobie zasadnicze cechy diety i tym się kierując, odpowiednio się ustosunkowujemy do życzeń chorego.

Pokarmy nie powinny być ani za gorące, ani za zimne. Zwłaszcza zimne napoje tzw. chłodzące są przeciwwskazane; statystyki amerykańskie podają duży odsetek nawrotów w czasie lata, w związku ze spożywaniem tam napojów z lodem w dużych ilościach.

Palenie tytoniu należy ograniczyć, zwłaszcza przy przyzwyczajeniu wciągania dymu. Bezwzględnie wzbronione jest palenie na czczo i w ciągu nocy. Dozwolony jest zawsze papieros po jedzeniu.

Niedostateczna ilość godzin snu i zmęczenie są często przyczyną różnych dolegliwości dyspeptycznych u chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy; sprawa dostatecznej ilości godzin snu i wypoczynku musi być u tych chorych należycie uwypuklana.

Przy właściwie ułożonej diecie wypróżnienia będą zazwyczaj regularne. Przy niemożności osiągnięcia tego samą dietą posłużyć się należy przede wszystkim nie drażniącą parafiną w ilości 1—2 łyżek stołowych na czczo lub przed snem. Niekiedy skutecznie działa oliwa w ilości 3 razy dziennie po łyżce stołowej przed jedzeniem. Oliwa z jednej strony hamuje wydzielanie soku żołądkowego, z drugiej strony działa żółciopędnie, wzmagając za pośrednictwem żółci czynność ruchową kiszki grubej.

W razie wstrętu do parafiny i oliwy, można się posługiwać wodą Vichy na czczo lub *magnesium superoxydatum* 2—3 razy dziennie na końcu noża przed jedzeniem.

Przy utrzymujących się objawach dyspeptycznych, czy to w związku z nadkwaśnością, czy nieżytem śluzówki żołądka, należy okresowo podawać środki alkalizujące i osłaniające. Dobrze alkalizuje, nie dając następowej fazy zwiększonego wydzielania, *magnesium superoxydatum;* jako środki osłaniające stosuje się bizmut pod postacią węglanu, kaolin, krzemki glinu. Dobre wyniki daje następująca mieszanka:

Bismuth. carb.		
Magnes. superoxyd. 30%		
Kaolin subtil. pulv.	āā	30,0
Natr. brom. pulv.		10,0
Extr. bellad.		0,30

3 razy dziennie łyżeczka od herbaty przed jedzeniem. Domieszka bromu ze względu na towarzyszącą konstytucji wrzodowej ogólną pobudliwość nerwową jest bardzo celowa.

Do częstych przyczyn dolegliwości w okresie utajenia należy aerofagia; leczenie jej jest zadaniem trudnym i niewdzięcznym. W przypadku aerofagii należy zwrócić uwagę chorego na mechanizm wadliwego połykania powietrza przy szybkim jedzeniu i piciu oraz zalecić dietę możliwie ubogą w płyny. Z lekarstw niekiedy dobre usługi oddaje strychnina w zastrzykach po 2 mg. jako leczenie ogólnie tonizujące, gdyż skutecznego leczenia miejscowego nie znamy.

Aerofagia towarzyszy wielu schorzeniom przewodu pokarmowego i trudno w tym miejscu o jej szersze omówienie.

Nawroty bólów przypadają często na okres ciężkich przejść psychicznych, moralnych itp. Często chory podaje, że bóle wróciły w związku z jakimś podnieceniem czy przykrością i nie łączy nawrotu z żadnym błędem dietetycznym, a właśnie z ogólnym stanem nerwowym. Ścisły związek psychosomatyczny i ogólnoustrojowe tło choroby wrzodowej występuje w tych razach szczególnie jaskrawo. W tych okresach wskazane jest bardziej rygorystyczne przestrzeganie diety, stosowanie środków osłaniających i uspokajających (pochodne barbiturowe w mieszance z atropiną lub podobnie działającymi związkami).

U chorych, u których nawroty występują z pewną bliżej dającą się określić regularnością należy już zawczasu czynnie temu przeciwdziałać. Na 2—3 tygodnie przed tym chory ma przejść na ściślejszą dietę, przeprowadzić leczenie wodą Vichy lub bizmutem. Można też zalecić serię zastrzyków histydyny. Wprawdzie według badań Dimitrin, Schwartza, Tanasoka, aminokwas ten nie ma żadnego działania na czynność ruchową i wydzielnicza, a wedle badań autorów francuskich działa przede wszystkim na zniesienie bólu, to pamiętając o pierwotnej teorii karencji aminokwasowej (Aron, Weiss), można zalecić leczenie histydynowe.

Zazwyczaj tego rodzaju postępowanie lecznicze osiąga pożądany skutek. Należy je przeprowadzać przez 4—5 tygodni, po czym stopniowo wrócić do łagodniejszej diety.

Jak długo patogeneza wrzodu żołądka i dwunastnicy jest sprawą nieznaną, tak długo trudno jest odpowiedzieć na pytanie przez jaki okres czasu należy przestrzegać powyższych wskazań. Zazwyczaj w praktyce sprawę rozwiązuje sam chory, który nie mając przez pewien czas dolegliwości, wraca do poprzedniego trybu życia, dawnych nawyków i przyzwyczajeń. Czy nawrót należy przypisać nieodpowiedniemu trybowi życia, czy bezobjawowemu trwaniu choroby do tego czasu, czy jednemu i drugiemu odpowiedzieć dziś kategorycznie nie można.

Pewnym jest, że pojęcie „wrzodu żołądka i dwunastnicy" jest klinicznie zbyt ciasnym. Miejscowy wyraz pewnego ogólnoustrojowego stanu, ujawniający się przy istnieniu odpowiednich warunków miejscowych należy określić jako chorobę lub przynajmniej jako „skazę wrzodową".

Powyższe uwagi lecznicze tyczą się oczywiście przypadków choroby wrzodowej niepowikłanej. Wszelkie powikłania muszą być odrębnie i zależnie od rodzaju leczone.

Piśmiennictwo:

Eusterman i Balfour: The stomach and duodenum. — Hurst i Stewart: Gastric and duodenal ulcer. — R. Gutmann: Syndromes douloureux épigastriques. — J. Rydygier: Pol. Arch. Med. Wewn. T. XIV. Z. 2. 1936. — O. Porges: Magenkrankheiten. — Livierato i Simonetti: Arch. Malad. App. Digest. T. XXVI. Z. 6. 1936.

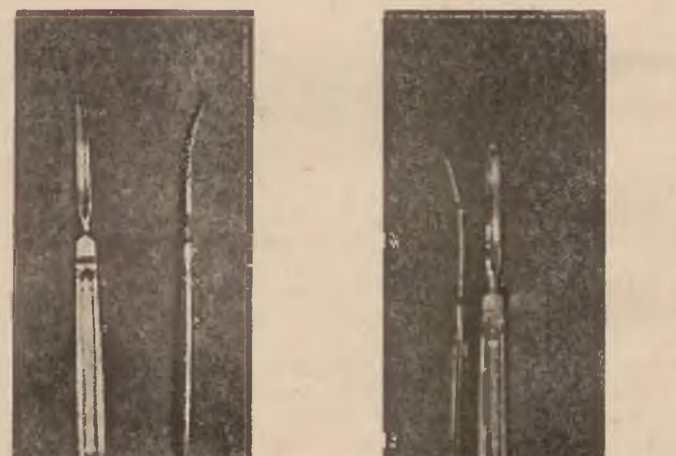
Dr L. ACHMATOWICZ. Wilno.

Nowa sonda chirurgiczna.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Św. Jakuba w Wilnie.
Ordynator: Dr L. Achmatowicz.

Powszechnie używana przez chirurgów sonda Kochera, która jest przeznaczona do użytku przy operacjach wola, przy pewnych swych zaletach posiada szereg stron ujemnych, a mianowicie: rękojeść jej jest krótka, co jest niedogodne w trzymaniu i wykonywaniu pewnych manipulacyj, poza tym ze względu na swoją budowę jest bezużyteczna podczas samego zabiegu operacyjnego. Część rowkowana jest szeroka, prawie zupełnie płaska i minimalnie wygięta, dlatego też nie zawsze daje się wprowadzić pod naczynia. Same rowki, w ilości trzech, są płytkie tak, że przy przesuwaniu igły Dechampa lub Cowpera igła wystaje poza brzegi rowków i zaczepia o naczynia lub tkanki uszkadzając je zarazem.

Mając na względzie te wady sondy, zmodyfikowałem ją w następujący sposób:



Przede wszystkim sonda jest dłuższa (18 cm) i cięższa, rękojeść sondy jest masywniejsza i posiada dwie powierzchnie — dłoniową płaską, zaopatrzoną w głęboki i szeroki rowek podłużny i grzbietową nieco wypukłą. Podstawa rękojeści jest zaokrąglona i ma otwór o średnicy 1/3 cm, służący do zawieszania

sondy. Rękojeść tak zbudowana jest bardzo dogodna w trzymaniu i ma swe zastosowanie przy otwieraniu jamy brzusznej zwłaszcza, gdy jelita są znacznie rozdęte. Wprowadzamy ją wówczas do otworu w otrzewnej rowkiem ku górze w ten sposób, by otrzewna ścienna ściśle do niej przylegała i posuwamy rękojeść jak najdalej do jamy brzusznej. Teraz wprowadzamy w rowek rękojeści branszę nożyczek i otrzewnę nacinamy. Pozostawiając sondę w tym samym położeniu, unikamy wypierania jelit i korzystając z rowka chwytamy otrzewnę „Mikuliczami".

Rękojeścią sondy posługujemy się również przy wprowadzaniu jelit do jamy brzusznej, a przy zeszywaniu jamy otrzewnowej służy ona jako ochraniacz jelit przed skaleczeniem igłą. W tym celu wprowadzamy rękojeść rowkiem do góry prostopadle do linii nacięcia, wówczas igła ślizga się po rowku. Przy takim postępowaniu skaleczyć jelita nie można.

Właściwa sonda tj. część rowkowana różni się tym od sondy kocherowskiej, że posiada na powierzchni dłoniowej jeden głęboki rowek, jest bardziej wygięta, znacznie węższa a szczyt jej zaokrąglony, płaski, tępy, cienki i zaopatrzony jak sonda Kochera w otwór. Sam rowek sondy jest bardzo głęboki tak, że igła Dechampa czy też Cowpera zupełnie w nim się chowa i zawdzięczając temu nigdy nie mamy trudności przy podprowadzaniu tych igieł pod naczynia.

Sondę mego pomysłu można nabyć w sklepie narzędzi chirurgicznych w Wilnie przy ul. Dominikańskiej Nr 7.

Dr Jan Wiktor JANKOWSKI. Lwów.
Dr Aniela WOYCIECHOWSKA.

Leczenie schorzeń stawowych szczepionkami drobnoustrojów wyhodowanych z migdałków.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.
Ordynator: Dr Z. Czeżowska.

Jakkolwiek gościec jest znany od dawien dawna, nieomal od zarania wiedzy lekarskiej i schorzenia gośćcowe należą do najczęstszych w codziennej praktyce lekarskiej, to jednak istota tych schorzeń, ich etiologia i patogeneza jest jeszcze niejasna. Nieznana jest dotychczas przyczyna gośćca. Niewątpliwie jest to zakażenie, jednakże dotychczas nie wykryto zarazka, uznanego ogólnie za zarazka swoistego, dla gośćca. Autorowie amerykańscy, jak Small, ostatnio zaś Birkhaug wyosobnili z nyż migdałków łańcuszkowca, którego czysta hodowla wprowadzona dożylnie wywoływała u zwierząt, a nawet u ludzi (autoobserwacja), typowy ostry gościec stawowy. Inni autorowie, jak Wainwright uważają gościec stawowy za następstwo zakażenia pewnym szczepem paciorkowca hemolitycznego. Wyniki autorów amerykańskich nie zostały przyjęte przez ogół badaczy. Aschoff sądzi, że przynajmniej ostry gościec stawowy jest wywoływany przez swoisty zarazek bliżej nieznany, prawdopodobnie ultrafiltracyjny.

Mechanizm działania tego zakażenia jest znowu sprawą sporną: Chwostek, a za nim Yu, Stettner i inni sądzą, że zachodzi tu działanie zakaźno-toksyczne drobnoustrojów pochodzących z przewlekłych ognisk zapalnych drobnoustrojowych. Inni jak, Weintraud, Strauss, Lucas, Lewi i Klinge twierdzą, że gościec jest odczynem alergicznym na działanie tych drobnoustrojów. Zwłaszcza Klinge w szeregu swych prac przytacza wiele przekonywujących dowodów na poparcie teorii alergicznego powstawania gośćca stawowego. Szczegółowe roztrząsanie tych wszystkich niezmiernie interesujących zagadnień wykroczyło by daleko poza zakres niniejszej publikacji, dlatego na razie ograniczymy się do stwierdzenia — na podstawie doświadczenia klinicznego — że ogniska drobnoustrojowe dłużej utrzymujące się w ustroju, jak w przewlekłych zapaleniach migdałków, ropniach okołozębowych itp. mają niezmiernie ważne znaczenie w etiologii gośćca stawowego, zwłaszcza przewlekłego, bez względu na to, czy ten gościec ma powstawać w następstwie zakażenia czy jest przyrody toksycznej, czy też alergicznej.

Z przewlekłych ognisk drobnoustrojowych, ropienia migdałków wysuwają się tu na plan pierwszy. Na Oddziale Wewnętrznym Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie każdy przypadek gośćca stawowego bada laryngolog w kierunku przewlekłych zmian w migdałkach, wobec czego mamy możność podać statystykę, obejmującą blisko trzysta przypadków schorzeń gośćcowych: w wielkiej liczbie przypadków łączność sprawy gośćcowej ze schorzeniem migdałków rzuca się w oczy; sprawa gośćcowa rozpoczyna się bezpośrednio po zapaleniu gardła albo po zaostrzeniu przewlekłego zapalenia migdałków; w kilku przypadkach widzieliśmy zaostrzenie sprawy gośćcowej świeżo uspokojonej po zwykłym wyciskaniu wydzieliny ropnej z migdałków. Poniżej podana statystyka wykazuje, jak niezmiernie często stwierdza się w przypadkach gośćca przewlekłe zapalenie migdałków.

	Polyarthrit. reumat. acuta	Polyarthrit chr. sec.	Polyarthrit chr. prim.	Spondyl.	Alg.	Razem
Ilość przyp.	101	116	36	21	20	294
Tonsill chr.	58	106	21	10	14	209
%	57.5	91.4	58.3	47.6	70	

Statystyka nasza obejmuje 294 przypadki schorzeń gośćcowych, które leczono na naszym Oddziale od chwili jego powstania. Pominęliśmy tu przypadki swoistych schorzeń stawowych, tj. 3 przypadki gruźlicze (Poncet) i 3 przypadki wiewiórowego zapalenia wielostawowego. Przypadki gośćca podzieliliśmy bardzo ogólnie na: 1) gościec ostry, 2) przewlekły wtórny, 3) przewlekły pierwotny, 4) schorzenia kręgów i stawów międzykręgowych, 5) bóle gośćcowe stawów i mięśni bez stwierdzalnych zmian w stawach *(algiae rheumaticae)*. Należy zaznaczyć, że każdy podział przypadków gośćcowych jest w praktyce trudny, granice pomiędzy poszczególnymi postaciami są zatarte, często są przypadki, w których sprawa gośćcowa zaczęła się ostro, jednak w dalszym przebiegu zachowuje się, jak przewlekły gościec, zajmując od razu małe stawy i wiodąc szybko do zniekształceń, i na odwrót widzieliśmy poszczególne przypadki przewlekłego gośćca, który zaczynał się powoli bez ostrego początku, ograniczał się jednak tylko do wielkich stawów i był w swym przebiegu łagodniejszy, niż gościec pierwotnie przewlekły.

Przypadków ostrego gośćca stawowego mieliśmy 101, w tym w 58 przypadkach, czyli 57.5% były zmiany w migdałkach. Gośćca wtórnie przewlekłego było 116 przypadków, 106 z nich wykazywało zmiany w migdałkach, a więc 91.4%.

Pierwotnie przewlekłego gośćca mieliśmy 36 przypadków, z których 21 wykazywało zmiany w migdałkach, czyli 58.3%. Zmian kręgowych mieliśmy 21 przypadków, z których w 10 były zmiany w migdałkach, czyli w 47.6%. Ostatnia grupa obejmuje 20 przypadków, z których 14, czyli 70% wykazywało zmiany w migdałkach. Ta ostatnia grupa w praktyce największa, w naszej statystyce jest tak mała, ponieważ przypadki te rzadko są odsyłane do szpitala [1]. Powyższe liczby dają pojęcie o ważności zmian migdałkowych w gośćcu stawowym.

Nie mamy dokładnych statystyk dla porównania, jak często przewlekłe zapalenie migdałków zdarza się w innych schorzeniach lub samorodnie, jednak nigdzie odsetek nie może być tak wysoki.

W naszej statystyce wyraźnie zaznaczają się różnice pomiędzy poszczególnymi postaciami gośćca stawowego, jednak podkreślić należy, że zwłaszcza w gośćcu wtórnie przewlekłym ilość przypadków zmian w migdałkach wynosi 91.4%. Do tej grupy przypadków zaliczyliśmy przypadki gośćca nawrotowego *(polyarthritis rheumat. recidivans)*, których spostrzegaliśmy około 20, każdy z tych przypadków wykazywał wyraźne zmiany w migdałkach, a nawroty sprawy gośćcowej bardzo często występowały bezpośrednio po zaostrzeniu sprawy migdałkowej.

Odkąd zwrócono baczniejszą uwagę na znaczenie ogniskowych zakażeń w etiologii gośćca, bardzo pociągającą stała się myśl, aby go leczyć szczepionkami z drobnoustrojów uzyskanych z tych ognisk, które by miały w takim razie charakter swoistych szczepionek. Szczepionki takie stosował Burbank, w ostatnich czasach Zimmer, Krebs i inni, jednak lecznicze wyniki nie były zbyt świetne i leczenie to nie zyskało większego zastosowania.

Szczepionkę do naszych doświadczeń przygotowywaliśmy w sposób następujący: wydzielinę pobraną z migdałków szczepiliśmy do bulionu cukrowego, po 24 albo 48 godzinach przeszczepialiśmy na płytki agarowe z krwią lub surowicą końską. Otrzymaną hodowlę zmywaliśmy po 24 lub 48 godzinach karbolizowanym roztworem fizjologicznym soli, unieczynnialiśmy w łaźni wodnej przez pół godziny w ciepłocie 65—70°, następnego zaś dnia przez godzinę, po czym nastawialiśmy kontrolę jałowości. Zawiesinę sporządzaliśmy z początku w rozcieńczeniu 200 milionów ciał bakteryjnych na 1 cm³. Ponieważ jednak przy tym rozcieńczeniu chorzy oddziaływali słabo, zaczęliśmy używać szczepionek bardziej stężonych 1—2 miliardów ciał bakteryjnych na 1 cm³.

W przeważnej liczbie przypadków wyhodowaliśmy z wydzieliny gardła łańcuszkowca *(streptococcus longus)*, kilkakrotnie

---

[1]) Do statystyki naszej nie wliczyliśmy przypadków rwy kulszowej, która była leczona na Oddziale Neurologicznym.

zaś gronkowca złocistego w czystej hodowli. Szczepionkę tę wstrzykiwaliśmy chorym doskórnie w skórę przedramienia, uda, lub pleców. Dawek używaliśmy od 0,2 cm³, powiększając tę dawkę za każdym następnym wstrzyknięciem, zależnie od oddziaływania, niejednokrotnie aż do 1,5 cm³. Dawki powiększaliśmy w ten sposób, że po 0,2 cm³ lub 0,3 cm³ wstrzykiwaliśmy w kilka miejsc równocześnie. Podając szczepionkę doskórnie, wyszliśmy z założenia, że bodźce działające na skórę mają specjalnie dodatni wynik w leczeniu gośćca, jak np.: kąpiele mineralne, borowinowe, które, oprócz działania cieplnego, działają drażniąco na skórę, następnie nowsze preparaty, jak: jad pszczół (apicosan, immenin), preparat Krulla, *20%* pepton, według B a u e r a.

Z drugiej strony skóra zdaje się odgrywać ważną rolę w zwalczaniu zakażenia; może o tym świadczyć chociażby występowanie osutek w chorobach zakaźnych. Jakkolwiek według D i e l i n g a, w uzyskaniu uodpornienia i w tworzeniu ciał ochronnych we krwi wstrzykiwania doskórne nie mają wyższości nad wstrzykiwaniami podskórnymi, to jednak okazało się, że pod tym względem są one równoważne. Należy zważyć, że wstrzykiwania doskórne wywołują znacznie mniejsze oddziaływanie ogólne, a w ostatnich czasach coraz więcej pojawia się głosów, przestrzegających przed używaniem zbyt gwałtownych bodźców w leczeniu gośćca, które zamiast pomagać, często sprowadzały zaostrzenie sprawy chorobowej, jak to mogliśmy się przekonać także na naszym materiale. Według naszych doświadczeń dawki nawet tak duże, jak 1,5 cm³ naszej stężonej szczepionki, podane doskórnie, wywoływały znaczny odczyn miejscowy, z ogólnych odczynów zaś mieliśmy tylko przemijające zaostrzenie bólów, zwyżkę ciepłoty — najwyżej 37,5°.

Ponadto w ostatnich czasach stwierdzono dodatnie działanie histaminy na gościec, a z naszych doświadczeń okazało się, że drażnienie skóry wywołuje znaczny wzrost ciał podobnych do histaminy we krwi, wypływającej z drażnionego odcinka.

Te względy skłoniły nas do zastosowania w lecznictwie gośćca szczepionek doskórnych.

W ogóle stosowaliśmy omawiane leczenie w 49 przypadkach przewlekłego gośćca, w tym w 40 przypadkach przewlekłego gośćca wtórnego, w 9 przypadkach przewlekłego pierwotnego gośćca. W pierwszej grupie przypadków w 34 przypadkach stwierdziliśmy dodatnie działanie, w 6 przypadkach leczenie to zawiodło. Należy zaznaczyć, że z tych ostatnich 6 przypadków, jeden dotyczył przypadku posocznicy powolnej *(sepsis lenta)* z obrzękami stawów, w *2* innych przypadkach badanie wykazało ogniska zapalne w jajnikach, które mogły mieć znaczenie ważne w powstawaniu gośćca. W pozostałych 3 przypadkach odczyny skórne po zastrzyku szczepionki były stosunkowo nieznaczne, co wskazywało by na to, że albo szczepionka była mało wartościowa, albo drobnoustrój, z którego szczepionkę sporządzono, nie był czynnikiem alergicznym. Z 34 przypadków dodatniego działania szczepionki 20 przypadków przedstawiało lżejszą postać gośćca, lub były już w stanie poprawy, 14 przypadków zaś było cięższych, czas ich trwania od paru miesięcy do paru lat. Wielu z tych chorych leczono poprzednio innymi sposobami, jak cutivacciną, wstrzykiwaniami mleka, yatren caseiny itd., lecz bezskutecznie.

Szczególnie na uwagę zasługują *2* przypadki gośćca guzkowatego *(polyarthritis rheum. nodosa)* z guzami w okolicy stawów łokciowych i nadgarstkowych, leczone poprzednio bezskutecznie. W ciągu naszego leczenia stan ogólny znacznie się poprawił, obrzęki stawów znikły, a guzy w jednym przypadku prawie zupełnie ustąpiły, w drugim zaś zmiękły i znacznie się zmniejszyły.

Szczepionkę stosowaliśmy w różnych odstępach czasu, zależnie od odczynu, przeważnie co 3 lub 4 dzień. Co do samego odczynu, to występował on następująco: bezpośrednio po zastrzyku występował odczyn w postaci bąbla i lekkiego zaczerwienienia, które do *2* godzin znikały, właściwy odczyn zaczynał się po 12 godzinach; najsilniejszy był po 24 godzinach; na 3 dzień zazwyczaj pozostawały już tylko ślady odczynu, na 4 dzień znikał zupełnie. W niektórych przypadkach jeszcze przez kilka dni utrzymywał się nieznaczny guzek. W ogóle podawaliśmy szczepionkę 6—12 razy w poszczególnym przypadku. O ile po 6 szczepionkach nie widzieliśmy poprawy, to przerywaliśmy ten sposób leczenia.

We wszystkich pozostałych 34 przypadkach wynik leczniczy był niewątpliwy i wyraźnie zależny od wielkości odczynu, to znaczy tam, gdzie odczyn miejscowy był silniejszy, tam poprawa była znaczniejsza, występowała szybciej, niż w tych przypadkach, w których był słabszy. Zauważyliśmy wyraźny dodatni wpływ na cofanie się obrzęków w tych przypadkach i przede wszystkim na ustępowanie bólów, na co chorzy sami zwracali uwagę, domagając się częstszego podawania szczepionki. W tej grupie przypadków mieliśmy dwa przypadki bólów gośćcowych już po ustąpieniu objawów zapalnych w stawach, a bóle te ustąpiły w ciągu naszego leczenia.

Przypadków zapalenia gośćcowego mnogich stawów, przewlekłego, pierwotnego *(polyarthritis rheumatica chr. prim.)* leczyliśmy 9, nadmienić należy, że te wszystkie przypadki były ciężkie, ze zniekształceniami. W *2* przypadkach widzieliśmy pewien wynik w postaci zmniejszenia się obrzęków i bólów, w innych przypadkach ten wynik był znikomy; jednak w tych przypadkach także i inne leczenie, jak wstrzykiwanie siarki, cutivac., naświetlanie Roentgenem itp., nawet balneologiczne leczenie również nie sprowadzało poprawy. Typowego ostrego gośćca stawowego naturalnie nie leczyliśmy tym sposobem. Jeden przypadek zmian kręgowych próbowaliśmy leczyć tym sposobem i zauważyliśmy pewien wynik przeciwbólowy. W tych jednak przypadkach naświetlanie Roentgenem działa przeciwbólowo lepiej i dlatego szczepionek nie stosowaliśmy więcej.

Oprócz tych przypadków gośćcowych leczyliśmy *2* przypadki gośćca wiewiórowego wstrzykiwaniami doskórnymi *gonoccin*, w jednym przypadku z dobrym wynikiem, wyraźnie lepszym, niż po domięśniowym stosowaniu tego preparatu.

Zbierając nasze doświadczenia i krytycznie oceniając wartość tej metody leczniczej, możemy zauważyć, że nie jest to metoda niezawodna, która w każdym przypadku może dać wynik dodatni. Jednak w tych przypadkach, w których łączność z migdałkami jest wyraźna a odczyn skórny na uzyskaną szczepionkę jest wybitnie dodatni, możemy się spodziewać znacznej poprawy, zwłaszcza po poprzednim wyłuszczeniu migdałków. Bardzo dużo zależy od sporządzania samej szczepionki, która powinna zawierać ciała tych drobnoustrojów, wobec których ustrój okazuje skórną alergię. Jeżeli jednak porównujemy tę metodę leczenia z innymi metodami, jak *cutivaccin*, wstrzykiwanie peptonu, yatren kazeina, to metoda nasza stanowczo im nie ustępuje. Również należy nadmienić, że jest to metoda tania (w porównaniu np. z *cutivacciną*), w większych instytucjach, jak szpitale, rozporządzające własną pracownią, właściwie nic nie kosztuje.

Piśmiennictwo:

1) Pamiętnik I Polskiego Zjazdu w sprawie badania i zwalczania gośćca 1930. — *2*) K r a u s - B r u g s c h: Tom IX. — 3) A r n o l d Z i m m e r: Die Behandlung der rheumatischen Krankheiten. Leipzig 1930. — 4) B a u e r: Der sogenannte Rheumatismus. Leipzig 1929. — 5) A s c h o f f: D. med. Woch. 7, 1934. — 6) K l i n g e: D. med. Woch. 206, 1936. — 7) K l i n g e: Bericht. Der Sächs. Akadem. Leipzig 1931. — 8) K l i n g e: Klin. Woch. H. 13, 1930. — 9) B i r g h a u g: J. of inf. Dis. 40, 549, 1927. — 10) B u r b a n k: J. Amer. med. Assoc. 84, 637, 1925. — 11) W a i n w r i g h t: J. of Amer. Med. Assoc. 103, 1317.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

A. KUHN † Lwów.

O lekarzach i chorych [1]).

Wzajemny stosunek lekarza i chorego polega na prawie niepisanym, które każe ratować bliźniego w nieszczęściu a z drugiej strony być wdzięcznym za udzieloną pomoc i nie zawiera przymusu dla żadnej ze stron. Już to stwierdzenie wskazuje, jak trudne jest szukanie jakichś prawideł w tej kwestii. Trudności przysparza konieczność życiowa, jaka się wciska między strony. Oto zawód lekarza wymaga całego człowieka, bardzo starannie przygotowanego do swej pracy. A człowiek musi żyć i na życie zarabiać i dlatego przyjęto, że usługi lekarza chory opłaca. Spowodowało to pewne zwichnięcie idealnego stosunku lekarza do chorego, które się pogłębiło przez wprowadzenie jednostronnego przymusu.

Dzisiaj przeżywamy zaostrzenie konfliktu między stronami, wynikające z wprowadzenia leczenia „z urzędu“ — toteż, jak sądzę, wskazane jest rozpatrzenie sprawy tak ze stanowiska chorego, jak ze stanowiska lekarza. I tu spotykamy dalszą trudność, gdyż naszkicowanie jakiegoś programu, w tym wypadku, musi być z konieczności jednostronne, skierowane głównie do lekarzy, ponieważ druga strona, żywioł bardzo różnorodny i nieobliczalny, jaki stanowią chorzy, nie nadaje się do próbowania jakichkolwiek prawideł.

[1]) Artykuł III. w cyklu zapoczątkowanym artykułem: „Reforma studiów lekarskich w Polsce“ (p. P. G. L. Nr 24 z r. 1934 i Nr 49 z r. 1936).

Jedno jest pewne: chory płaci lekarzowi nie tylko monetą dźwięczącą, ale daleko więcej szacunkiem, ufnością, posłuszeństwem i wdzięcznością. Ta wdzięczność chorych jest największym dobrem, jakie zdobyć może lekarz. Pewien młody lekarz, wykonujący przez kilka lat praktykę w małym mieście, przenosił się do innego miasta; gdy już miał wsiąść do pociągu, i pożegnał się, jak się zdawało, ze wszystkimi, zjawiła się delegacja chorych, której przewodnik powiedział krótko: „My panu życzymy szczęścia, bo pan był dla nas dobry". Ten wzruszający objaw wdzięczności był odjeżdżającemu milszy, aniżeli wszystkie pożegnania oficjalne i prywatne w domach matadorów miejscowych i był mu krzepiącym wspomnieniem przez całe życie.

Ale na szacunek u chorych i na ich wdzięczność trzeba zasłużyć. Jakże ta sprawa dzisiaj się przedstawia?

Gdybym miał jednym wyrazem określić zmiany, jakie zaszły w ostatnim czasie w stanie lekarskim, to powiedziałbym, że lekarz ulegając panującym prądom „zurzędniczał". Ten nieco dziwaczny neologizm można wyrazić słowami: lekarz kieruje się względem chorego skrajną przedmiotowością, przybrał wobec niego pozę urzędową, uznał, że posiada „władzę" nad chorym. Stosownie do założenia wyrażonego na wstępie uważam to zapatrywanie za fałszywe z gruntu.

„Chorego krótko trzymać!" — oto pierwsze wskazanie biurokracji kasowej. Co chory o tym myśli, to mało znaczy, podobnie zresztą, jak wobec urzędu indywidualność jednostki rzadko wchodzi w rachubę. Zapomina się jednak o pewnej różnicy. Oto można usprawiedliwić, gdy urzędnik zniecierpliwi się na obywatela, który zabiera niepotrzebnie czas, lub gdy pokaże drzwi temu, który uporczywie żąda rzeczy niemożliwych. Ale różna od psychiki obywatela zdrowego jest psychika chorego, którą specjalista od ludzkiej niedoli znać powinien i z którą liczyć się musi. To, co się toleruje u urzędnika, jest niedopuszczalne u lekarza w stosunku do chorego i nazywa się brutalnością.

Może się ona przejawiać rozmaicie. Do grubszego kalibru zaliczam np. bezceremonialne anamnezy i takież rokowanie, niedelikatne badanie, lekceważenie choroby, zbytnią swobodę wobec gorączkujących i rzekomo bezprzytomnych; innymi przekroczeniami są objawy zniecierpliwienia lekarza, jego rażący pośpiech, niestosowne żarty i dowcipy, w których chory może się dopatrzyć aluzji, akcentowanie swojej przedmiotowości itp. Są to oczywiście błędy postępowania, które same przez się chyba tylko wyjątkowo mogą wpłynąć na stan choroby, ale prawie zawsze sprawiają choremu wiele przykrości, a u wrażliwszych wywołują wielkie przygnębienie. Zetknąłem się przed laty z lekarzem wielkiego wzięcia, który przyszedłszy na *consilium* z inicjatywy ordynariusza, gdy się dowiedział, że stan jest beznadziejny, zawrócił z przedpokoju zostawiając ordynariusza w wielkiej konsternacji a chorego w ostatecznej rozpaczy.

Do anomalij, które zupełnie zniekształcają stosunek lekarza do chorego, zalicza się tzw. interesowność lekarza. Sprawę tę można zbyć krótko: lekarz, który swoje starania u chorego stosuje do wysokości spodziewanego czy otrzymanego honorarium, nie jest godzien być lekarzem. Ten pogląd nie podaje w wątpliwość prawa pobierania wysokiej „taksy" lekarskiej, która jednak może mieć zastosowanie jedynie wtedy, gdy ma być środkiem prohibicyjnym przeciwko zbytniemu natłokowi chorych u lekarzy bardzo poszukiwanych.

Nie należy do rzadkości wadliwy sposób postępowania z chorym, wypływający z fałszywego mniemania, jakoby chory szukający pomocy był w stosunku do lekarza osobnikiem bezwzględnie zależnym i mniej wartościowym. Jest to traktowanie chorego z góry. Można takie nastawienie lekarza tłumaczyć, ale nie można go usprawiedliwić. Studium medycyny jest długie i trudne a prowadzi do poznania wielu spraw ukrytych dla innych osób; stąd młody człowiek, zwalczywszy duże trudności i nabywszy wiadomości bardzo specjalne, uważa się za coś więcej, aniżeli reszta ludzi. Ale niech nie zapomina, że także inni ludzie (nawet nieakademicy) posiadają wiadomości specjalne, często trudno nabyte, wiadomości, których on (lekarz) nie posiada i że dlatego zbytnie jego mniemanie o sobie, z tego punktu widzenia, jest niesłuszne.

Specjalnie w stosunku do chorych przyczyną przeceniania swojej osoby może stanowić dla lekarza obyczaj, jaki się zwykł wytwarzać między nim a chorymi. Szczególnie w praktyce szpitalnej stosunek lekarza do chorego bywa mniej lub więcej dyktatorski, gdyż często lekarz rozstrzyga o losie chorego bezapelacyjnie. Taki stan rzeczy może wpłynąć na samopoczucie psychiczne lekarza i młody człowiek, z usposobienia i wychowania może skromny, nabiera w tych warunkach nadmiernej pewności siebie, co niekiedy ze szpitala przenosi się w stosunki pozaszpitalne a nawet towarzyskie. Zresztą nie tylko szpital stwarza atmosferę sprzyjającą rozwojowi zbytniej ufności w siebie lekarza; także w praktyce prywatnej chorzy psują ordynariusza, gdyż miła im jest jego wielka pewność siebie i chętnie pozwalają mu imponować sobie. Ale i tu nie trzeba przebierać miarki!

Niestety to co się widuje w zakresie wady, o której mowa, przekracza niekiedy granice zrozumiałych błędów ludzkich — i wtedy przychodzi porażka. Słuszne, jak sądzę, jest przypuszczenie, że ten błąd przyczynia się w pewnej mierze do deprecjacji stanu lekarskiego. Dzisiaj chorzy bywają mądrzejsi, aniżeli ci sprzed 50 lat i zapatrują się inaczej na medycynę praktyczną, aniżeli nasi dziadowie, toteż skłonni są do więcej krytycznego — niekiedy jakże bardzo krytycznego — oceniania lekarzy. Dzieje się to szczególnie wtedy, gdy jaskrawo objawiana pewność lekarza staje w sprzeczności z wynikami leczenia.

Także w stosunku do chorych „grymaśnych" i „rozkapryszonych" musi lekarz praktyk zaniechać akcentowania swojej wyższości i znaleźć stosowne postępowanie; wyrozumiałość i zręcznie odmierzona stanowczość będzie tu najlepszą drogą.

Uwzględniając wszystkie powyższe zastrzeżenia lekarz nie powinien jednak zapominać o swojej roli przy łóżku chorego, musi się czuć odpowiedzialnym kierownikiem leczenia i stosownie do tego układać swoje zachowanie. Jego stanowczość i energia dodaje otuchy choremu i jest jednym z warunków uzyskania powagi wobec chorego oraz zjednania koniecznego posłuchu; niechaj jednak dzieje się to w sposób taktowny, nie narzucający się. Jest jasne, że lekarz musi wierzyć w swoją sztukę i że lekarz nie ufający jej niewiele zdziałać potrafi; ta wiara daje mu bowiem pewność działania i siłę wytrwania. W tej dwoistości obowiązków — z jednej strony energia i budowanie na wiedzy, z drugiej delikatność postępowania — tkwi trudność stanowiska lekarza wobec chorego, którą ominąć jest obowiązkiem lekarza: ma on być godnym przedstawicielem wielkiej sztuki — medycyny, ma być stanowczym kierownikiem leczenia, ale równocześnie nie wolno mu zrażać chorego pozą wyższości.

Jest starą prawdą, że lekarz praktyk musi być psychologiem i musi znaleźć u każdego chorego właściwy sposób zaznaczenia swojego autorytetu. Znam chorych, którzy śmiali się i żartowali z namaszczonego gestu lekarza i jego monotonnego dyktanda. Ta pozytywka, która się odzywa niekiedy ze strony lekarza, jest rzeczą dla chorego wrażliwego bardzo niemiłą i odbiera mu zaufanie do lekarza, mniema on bowiem, zazwyczaj słusznie, że jest traktowany szablonowo — a braku zainteresowania dla swojego ja przebaczyć nie może. Bo przecie chory, o czym już mówiono, jest istotą o odrębnej psychice. Kierowany wzmożonym egoizmem uważa się za istotę, zasługującą na szczególne względy, które jego zdaniem lekarz nie tylko z poczucia obowiązku ale także ze współczującego serca uszanować powinien, niosąc mu ochotnie ulgę i ratunek. Osobnik złożony chorobą czuje się tylko człowiekiem (nie urzędnikiem, przemysłowcem czy uczonym) i pożąda ręki opiekuńczej bliźniego. Toteż jest zrozumiałe, że pragnie być traktowany „po ludzku", nie zaś według szablonu i instrukcji. Każde odchylenie od linii tych pragnień chory odczuwa boleśnie i, w związku z doznanym zawodem, traci łatwo nadzieję wyzdrowienia, co jest objawem wcale niepożądanym. Dlatego też lekarz obok wiedzy musi posiadać wiele właściwości, jakich, w tym stopniu, u innego inteligenta nie szukamy. Niewątpliwie lekarz, który odpowiada skreślonemu wzorowi, może być dumnym ze siebie, ale tę dumę musi godzić z interesem, a do pewnego stopnia nawet kaprysem chorego. Taki lekarz z pewnością zaskarbi sobie wdzięczność chorych.

Oczywiście modne dzisiaj leczenie „masowe" nie sprzyja tej postawie lekarza, o jakiej mowa i dlatego właśnie wielkim i szczytnym zadaniem dzisiejszych lekarzy powinno być trwanie przy starych, pięknych tradycjach zawodu, bronienie stanu przed zbanalizowaniem i zbrutalizowaniem pracy lekarskiej. Jasne jest, że takie stanowisko lekarzy godzi w dzisiejsze praktyki ubezpieczalni społecznych, toteż sprawa ubezpieczalni jest otwarta i wymaga nagląco wszechstronnego rozpatrzenia.

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 1. 1937. Kostka E.: Przyczynek historyczny do udziału lekarzy Polaków w odrodzeniu narodowym Górnego Śląska (c. d.). — Spitzer M. i Pajerski R.: Wskazówki dla czynnościowego badania narządu oddychania w celach orzecznictwa. — Panecke R.: Występowanie raka oskrzeli na Śląsku Cieszyńskim. — Garbień A.: „Rzadkie" obrażenia porodowe noworodków. — Wiendlocha M.: Eteryzm w powiecie rybnickim i pszczyńskim. —

Mackowski A.: Surowica w zapaleniu wyrostka robaczkowego. — Spis rzeczy za rok 1936.

Lekarz Kolejowy. Nr 4. 1936. Stryjecki T.: O dodatnich odczynach Bordet-Wassermanna o charakterze nieswoistym i przemijającym. — Śledziewski H.: Stosowanie dwutlenku węgla w ratownictwie. — Opatrunek osobisty dr J. Tymińskiego. — Tymiński J.: Trójgraniec do nakłucia narządów jamy brzusznej. — Hozer J.: Bezpieczeństwo i higiena pracy na Zjeździe Inżynierów P. K. P. — Biehler W.: W sprawie ochrony pracy w kolejnictwie ze względu na elektryfikację.

Pediatria Polska. T. XVI. Z. 6. 1936. Lidzka P.: O leczeniu chorób serca i stosowaniu środków nasercowych u dzieci. — Łącka A. i Chodkowska S.: Przypadek gruźliczego zarostowego zapalenia osierdzia. — Chodkowska S.: Przypadek pęknięcia tętnicy głównej u 11-letniego chłopca. — Kossakowska St.: Przypadek promienicy wątroby u 10-letniej dziewczynki. — Kolago J.: Przypadek ropnia mózgowia o niezwykłym przebiegu klinicznym. — Szymański A.: Przyczynek do zapalenia otrzewnej na tle dwoinek zapalenia płuc. — Zienkiewicz J.: O miąższowym zapaleniu siatkówki u dzieci z kiłą wrodzoną.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 2. 1937. Pallier A.: O obrzękach i środkach moczopędnych. — Jelenkiewicz L.: Wywoływanie przekrwienia tętniczego w ognisku zapalnym przez podawanie tyreoidyny, jako nowy sposób leczenia szeregu schorzeń zapalnych. — Thursz D.: Podstawy i wyniki leczenia dożylnymi wlewaniami alkoholu etylowego (dok.). — Thursz D.: Dożylna alkoholoterapia w raku a układ siateczkowo-śródbłonkowy. — Kacprzak M.: Rozsiedlenie lekarzy w Polsce (c. d.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 2. 1937.

Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Z. 1. 1937.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr 11—12. 1936.

Nowiny Lekarskie. Z. 1. 1937. Wachholz L.: Zawodność sposobów sądowego dochodzenia winy. — Bernhardt R.: Strupień azbestowaty Aliberta. — Jonscher K.: Wartość odczynów biologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci. — Grott J. W.: W sprawie rozpoznawania utajonych postaci przewlekłego zapalenia trzustki. — Rychłowski Z.: Leczenie radem nowotworów złośliwych. — Ciechanowski St.: Potrzeby nauk lekarskich w Polsce i ich zadania na usługach Państwa.

OCENY.

Zagadnienie Wielkopolsko - Pomorsko - Kujawskiego zagłębia naftowego. ABDON PASZKIEWICZ. Nakł. autora. Kcynia 1936.

Praca propagandowa lekarza, praktykującego w Kcyni, który bierze czynny udział w poszukiwaniach śladów ropy naftowej na powyższych obszarach, rozczytuje się w literaturze geologicznej, konferuje z geologami, badającymi tę sprawę i za cel obywatelski swego życia wziął sobie doprowadzić do wierceń poszukiwawczych. Zamiary te, rozważane poważnie przez kilku geologów naftowych utykają na pewnej niechęci przemysłowców naftowych podkarpackich a w większej jeszcze mierze na obawie ryzykowania kapitałów na głębokie, pionierskie wiercenia. Wiercenia niemieckie w Westfalii, uwieńczone dobrymi wynikami i silnie się mnożące zmniejszą niebawem ryzyko przez lepsze opracowanie tektoniki złóż naftowych nizinnych i wówczas doczekamy się też takich wierceń u nas.

A. Sabatowski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Badanie działania naczynio-tonizującego leków przy różnych stanach zapaści. H. WAHREN. Z. f. die ges. exper. Mediz. 99/3, 1936.

Autor badał skuteczność leków przeciwzapadowych, jak kardiazol, koramina, adrenalina, sympatol, hekseton, ikoral metodą odmienną od klasycznych, mianowicie za pomocą określania szybkości chłonienia dwutlenku węgla z izolowanej pętli jelita zwierzęcia, u którego zapad wywoływano otwarciem jamy opłucnowej; w wyniku takich doświadczeń, wbrew dotychczasowym mniemaniom, stwierdził autor, iż żaden z tych środków nie wykazał działania przeciwzapadowego. Stwierdzał przeciwzapadowe działanie tych środków po urazach czaszki, lecz działanie to szybko przemijało; natomiast po zapadach histaminowych i po lędźwiowym znieczuleniu stwierdzał stale dobre działanie przeciwzapadowe tych środków.

Rymaszewski (Wilno).

Mechanizm działania neotropiny. JUNKMAN. Z. f. die ges. exper. Mediz. 99/3, 1936.

Autor przypuszcza, iż działanie neotropiny nie jest wyłącznie miejscowe bakteriobójcze, lecz wpływ dodatni neotropiny na bóle, parcie bolesne w cierpieniach dróg moczowych ma centralne pochodzenie (działanie na ośrodkowy układ nerwowy).

Rymaszewski (Wilno).

Badanie działania naczyniotonizującego leków przy ostrych otruciach środkami usypiającymi, alkoholem itd. H. WAHREN. Z. f. die ges. exper. Med. 99/3, 1936.

Podawano dawki śmiertelne pochodnych kwasu barbiturowego (luminal, dial, somnifen), a jako *tonica* — kardiazol, koraminę, hekseton, kamforę, efedrynę, kardiazol-efedrynę i ikarol; jako wskaźnik oddziaływania służyła szybkość wchłaniania dwutlenku węgla z izolowanej pętli jelita badanego zwierzęcia. Zastrzyki tonizujących naczynia leków zatrutym zwierzętom dawały odczyn dodatni w postaci wzmożenia wchłaniania dwutlenku węgla, zjawienia się ugasłego odruchu rogówkowego, ścięgnowego, lecz wynik był zwykle krótkotrwały, w ogóle lepszy wynik dawały preparaty kombinowane, jak kardiazol-efedryna. Przy zatruciu alkoholem leki tonizujące naczynia nie wykazały działania.

Rymaszewski (Wilno).

Działanie środków goryczkowych na wydzielanie żołądka. Y. SONE. The Tohoku Journ. Vol. 29, 4/5. Str. 321.

Autor badał za pomocą odpowiedniego urządzenia w postaci wprowadzonego do żołądka elastycznego pęcherza, który znaczył napięcie ścian, wpływ goryczek, jak gentiana i środków piekących, jak gorczyca na ruch i napięcie żołądka i przekonał się, że pierwsze powiększają ruch i napięcie, drugie z początku powiększają a potem porażają te same czynności.

W. Moraczewski (Lwów).

Próba czynności wątroby za pomocą czerwieni Kongo. T. KOYAMA. The Tohoku Journ. Vol. 29. Str. 331.

10 cm^3 1% roczczynu czerwieni Kongo wpuszczano dożylnie na czczo i po godzinie oznaczano ilość we krwi, porównując z innymi sposobami badania Hijmansa van den Bergha itp. Okazało się, że wydzielanie następuje szybciej u zdrowych (po godzinie 22,6%) niż u chorych od 30—60% po godzinie. Wyniki te zgadzały się z wynikami prób innych.

W. Moraczewski (Lwów).

Zawartość amoniaku we krwi jako miara sprawności wątroby. T. KOYAMA. The Tohoku Journ. Vol. 29. Str. 343.

Ilość amoniaku u zdrowych waha się w ilości 0,023 do 0,04, u chorych od 0,060 do 0,080 i wyżej. Jednocześnie wzrasta odpowiednio ilość azotu pozabiałkowego. Wyniki te są zgodne z innymi próbami, jak próba z galaktozą, barwikami żółci itd.

W. Moraczewski (Lwów).

O częstości urazów w lotnictwie szybowcowym. K. GRZEŻUŁKO. Lekarz Wojskowy. T. XXVIII. Nr 4. 1936.

Na podstawie spostrzeżeń autora z roku 1933, jak i sprawozdań z 1935 r. wynika, że liczba wypadków szybowcowych przewyższa liczbę w lotnictwie motorowym. Jeśli chodzi o uszkodzenia cielesne to zależne są od konstrukcji szybowca, jak i zetknięcia się jego z ziemią. Uszkodzenia kończyn dolnych powstają przez silne zderzenie się dziobem szybowca z ziemią, czym narażone są nogi pilota nie zaopatrzone żadną elastyczną, amortyzującą częścią. Tego ze względu na równowagę szybowca zmienić nie można. Uszkodzenie kręgosłupa następuje, gdy szybowiec bez poślizgu zderzy się z ziemią, a ponieważ linia pionowa przebiegająca przez punkt zetknięcia się szybowca z ziemią przechodzi również przez płaszczyznę strzałkową pilota — siła urazu przebiega przez miednicę i kręgosłup. Od tego można było by uchronić pilota przez wprowadzenie amortyzujących sprężyn pod siedzenie.

J. Lankosz (Lwów).

Zatrucie dużą dawką morfiny wprowadzonej dożylnie z zejściem pomyślnym. M. TEJMAN. Klinicz. Med. T. XIV. Nr 10. 1936.

Chorej na zimnicę tropikalną, l. 37, wstrzyknięto w szpitalu przez omyłkę zamiast 1% *chin. muriat.* — roztwór 1% *morph. muriat.* w ilości 50.0 dożylnie. Po kilku chwilach wystąpiła sinica i wstrzymanie oddechu. Po stwierdzeniu pomyłki zastosowano natychmiast upust krwi w ilości 200 cm^3 z następowym wlaniem do-

żylnym roztworu fizjologicznego w tej samej ilości i środki nasercowe. Zabieg ten powtarzano kilkakrotnie, przy czym upuszczono około 700 cm³ krwi, a wlano 800 cm³ roztworu fizjologicznego. Następnie przepłukano żołądek kilku litrami roczczynu nadmanganianu potasowego. Wprowadzenie sondy żołądkowej napotkało na znaczne trudności z powodu suchości błon śluzowych. Kilkakrotnie wstrzykiwano kardiazol. Przetaczania krwi nie wykonano z powodu braku dawcy. W 6 godzin po otruciu wstrzyknięto dożylnie 300 cm³ nadmanganianu potasowego (0.3); w chwili wstrzykiwania silny kaszel i znaczne przekrwienie twarzy; objawy te po chwili ustąpiły. Następnego dnia stan chorej był zadowalniający, a po trzech dniach opuściła szpital w dobrym stanie.

M. Segal (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

W sprawie uszkodzenia nerek przy błędnie wykonanej wstępującej pyelografii. JAKŠA, RADIČ i G. B. GRUBER. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Autorowie opisują przypadek, w którym po nieostrożnym wstrzyknięciu 10 cm³ Perabrodilu do prawego moczowodu, połączonym z bólami, stwierdzono na zdjęciu liczne nieregularne cienie w nerce, rozprzestrzeniające się promienisto od miedniczki w kierunku torebki. Przemawiały one za pyelorenalnym refleksem. Ponieważ w moczu z tej nerki stwierdzono w pewien czas ropę, usunięto nerkę. W miąższu obok skrzepów krwi, stwierdzono liczne uszkodzenia, jako następstwo wstrzyknięcia płynu kontrastowego pod zwiększonym ciśnieniem.

St. Malczyński (Lwów).

Przyczynek do tzw. endemii kamicy moczowej. JAKSA RAČIČ. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

W sprzeczności ze spostrzeżeniami Gridneva, że miejsca największej ilości przypadków kamicy pęcherzowej wykazują równocześnie i największe nasilenie zimnicy (w związku z zaburzeniami krążenia, zmianami oddziaływania moczu), autor stwierdził w. środkowej i zachodniej Dalmacji częste występowanie kamicy, zwłaszcza u chłopców, choć przypadki zimnicy w tych okolicach należą do rzadkości. Także w okolicach górzystych Dalmacji, wolnych od zimnicy, można stwierdzić znaczną skłonność do kamicy. Nie można więc wykazać równoległości w równoczesnym występowaniu zimnicy i kamicy w pewnych okolicach.

St. Malczyński (Lwów).

Badania anatomiczne nerwów nerki podkowiastej. A. LABBOK. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Na podstawie szczegółowych badań autor dochodzi do następujących wniosków: 1) unerwienie nerki podkowiastej nie jest jeszcze dokładnie zbadane. Może ono ulegać rozmaitym odchyleniom, zależnym z jednej strony od wrodzonego przemieszczenia nerki (dystopii), z drugiej zaś od właściwości powstawania tętnic nerkowych z tętnicy głównej. Rozmieszczenie splotów nerwowych takich nerek zależy w wielkiej mierze od ułożenia naczyń nerkowych (może być nieraz znacznie obniżone). 2) Bóle występujące przy nerce podkowiastej mają źródło w licznych połączeniach zachodzących między *plexus mesentericus inf.* a *truncus symp. lumbalis.*

St. Malczyński (Lwów).

Gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne, jako utajone źródło zakażenia. A. i E. de la PENA. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Podobnie, jak migdałki, zęby, przewód pokarmowy i gruczoł krokowy oraz pęcherzyki nasienne mogą się stać utajonym źródłem zakażenia. Wykazać ten proces można tylko na drodze badania bakteriologicznego. Wydzieliny powyższych gruczołów uzyskuje się przez masaż ostrożny z uwagi na niebezpieczeństwo uczynnienia, czy przeniesienie sprawy chorobowej. Utajone zakażenie gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych przez długi czas przebiega bezobjawowo (bez leukocytozy, gorączki, bolesności).

St. Malczyński (Lwów).

Przyczynek do guzów jądra. J. B. SCHEFTEL. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Największą ilość guzów jądra stanowią seminoma i teratoidy. Zewnętrznie nie ma różnicy pomiędzy tymi guzami. Pierwsze przedstawiają guzy rozmaitej wielkości, od pięści do głowy dziecka, o powierzchni gładkiej lub nierównej, często łączą się z hydrocele. Występują najczęściej między 35—40 rokiem życia. Potworniaki występują jako guzy, nie sprawiające bólu, a dochodzić mogą do wielkich rozmiarów. Są spoistości twardej, czasami z ogniskami rozmiękania. Najczęściej występują między 18—35 rokiem życia, chociaż spotyka się je u dzieci i starców. Leczenie operacyjne z uwagi na częste przerzuty nie zawsze jest skuteczne. Autorowie rosyjscy proponują dlatego operację doszczętną, podobnie, jak przy *ca mammae.*

St. Malczyński (Lwów).

O wskazaniach do prostatektomii na podstawie obrazu pyelografii wydzielniczej. J. v. HERMANN i A. F. KRAUS. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Autorowie posługując się pyelografią dożylną, starali się na podstawie uzyskanych obrazów ustalić wskazania do bezpośredniej operacji, czy też dopiero po pewnym czasie, oraz przeciwwskazania w przypadkach zaniedbanego przerostu gruczołu krokowego. W warunkach prawidłowych w pyelografii dożylnej miedniczki i kielichy dzięki elementom kurczliwym przedstawiają system jam, wskutek niezupełnego wypełnienia. Przedstawienie w pyelografii całego układu moczowego — bez przerw — jest już objawem atonii jego mięśni. Ważne są także rozszerzenia w zakresie miedniczki, czy górnych dróg moczowych, które przemawiają za daleko posuniętą sprawą chorobową (zastój moczu).

Autorowie przypisują w ustaleniu wskazań, czy przeciwwskazań do prostatektomii powyższej metodzie o wiele ważniejsze znaczenie, aniżeli próbom wydalniczym, oraz badaniom krwi na RN., indykan i innym.

St. Malczyński (Lwów).

O miejscowym leczeniu stanów zapalnych dróg moczowych przy pomocy kombinacji lekarstw. BÉLA von MEZÖ. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Autor w zapaleniach dróg moczowych zwiększał siłę bakteriobójczą pewnych leków, przez wzajemne łączenie środków chemicznie różnych, a nie dających nowych chemicznych połączeń. I tak bardzo skutecznymi okazały się połączenia *kal. hyperman.* z *hydrarg. oxycyanatum, kal. hyperman.* z wodą borową, *kal. hyperman.* z 1:100—200 *acid. sulf.* Środki powyższe nie drażniąc błon śluzowych dróg moczowych, okazują bardzo znaczną siłę bakteriobójczą. Działanie takich połączeń polega najprawdopodobniej na bliżej nieznanych nam biochemicznych procesach, swoistych dla tego rodzaju połączeń.

St. Malczyński (Lwów).

Kiła pęcherza moczowego. IVAN KASZTRINER. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Zapalenie pęcherza na tle kiły występuje rzadko. Z objawów najczęstsze są: bolesne parcie na mocz oraz bardzo charakterystyczne krwawienia związane przeważnie z kilakami. Zmiany kiłowe w zakresie błony śluzowej pęcherza mogą być świeże (wczesne okresy schorzenia) i przedstawiają się jako ograniczone, wyniosłe przebarwienia, zaczerwienienia, które często kombinują się z owrzodzeniami. W okresach późniejszych kilaki występują pod postacią wrzodów, ostro odgraniczonych, o dnie słoninowatym. Otoczenie ich jest zabarwienia ciemno- lub brunatnoczerwonego, zielonawego, nie wykazuje guzków, które są charakterystyczne dla gruźlicy pęcherza, a usadawiają się zwyczajnie koło owrzodzenia o brzegach nierównych.

Rozpoznanie kiły pęcherza jest trudne. Krętków w moczu nigdy nie stwierdzono. Często dopiero bezskuteczne leczenie miejscowe rzuca podejrzenie w tym kierunku. Leczenie trwa od 12 dni do kilku miesięcy. Autor stosuje tylko leczenie ogólne, miejscowe zaś jedynie w przypadkach powikłanych i krwawieniach.

St. Malczyński (Lwów).

Przerzut raka do brodawki nerkowej z podśluzowym ropieniem i krwiomoczem. E. M. SIENKIEWICZ. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Autor opisuje przerzut raka (najprawdopodobniej na drodze krwionośnej przez zakażony zakrzep) z rzadkim usadowieniem się w brodawce nerkowej, w której wskutek przeżarcia naczyń dawał obok bólów w krzyżach obfite krwawienia. Nerkę usunięto. Stan chorego tylko na krótki okres czasu poprawił się, bo do 3 miesięcy z powodu raka żołądka nastąpiło zejście śmiertelne.

St. Malczyński (Lwów).

Uszkodzenie cewki moczowej chemicznym ołówkiem. BENO RACZ. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

W przypadku opisanym przez autora nastąpiło uszkodzenie cewki moczowej wskutek wprowadzenia ołówka chemicznego przez osobnika o konstytucji psychopatycznej. Obok objawów miejscowych wystąpiły i ogólne, na co autor zwraca uwagę. W tych bowiem przypadkach obok uszkodzenia mechanicznego dołącza się i działanie chemiczne fioletu metylowego, który przez wywoływanie głębokich martwic działa trująco na tkanki. W powyższym przypadku po usunięciu operacyjnym ołówka, uwzględ-

niono w leczeniu dietę zakwaszającą (celem zobojętnienia trucizny) — bogatą w białko. Równocześnie podawano salmiak i kwas fosforowy. Jarzyny wyłączono. Miejscowo zastosowano płukania wodą borową i 5—10% taniną, polecaną zwłaszcza w tych przypadkach przez Vogta, a mająca dawać z trującym zasadowym ciałem barwikowym nierozpuszczalne związki.

St. Malczyński (Lwów).

Paraldehyd jako znieczulenie przy porodzie. J. ABRAMOWICZ, A. FOG. Sow. Wracz. Żurn. Nr 16. 1936.

Liczne próby wielu autorów, zajmujących się sprawą porodu bezbolesnego wykazały, że nie ma dotychczas takiego środka znieczulającego, który zastosowany nawet kilkakrotnie w czasie trwania porodu, mógłby sam bez pomocy innych środków znieczulających wywołać trwałe znieczulenie. Jedynie metody znieczulenia kombinowanego podane zresztą jeszcze przez Kröniga i Gaussa mogą dać pewien wynik.

Autorzy stosowali znieczulenie za pomocą paraldehydu w połączeniu z innymi środkami w 90 porodach według następującego schematu: na początku porodu przy bólach nie rzadszych, jak co 10—15 min. zakładano czopek (*Extr. Belladon.* 0.04, *Pantopon* 0.03, *Antypirini* 0.3. *But. Cacao* 1.0). Po ustąpieniu działania znieczulającego (mniej więcej 1—1½ godz.), przy nadal trwającej czynności porodowej, rodząca otrzymuje zastrzyk 2.0 50% *Magn. sulfur.* i 1.0 1% *Morph. muriat.*, a następnie po ustąpieniu działania lewatywę z paraldehydu (*Paraldehydi* 5.0, *alcohol* 7.0, *aq. dest.* 35.0), lub samą lewatywę z paraldehydu bez poprzednich zastrzyków w zależności od postępu porodu. W większości przypadków znieczulenie utrzymywało się w ciągu całego czasu trwania porodu.

Paraldehyd jako samoistny środek znieczulający okazał się niedostateczny. Trwanie działania nasennego paraldehydu waha się od 30—45 min. do 5—6 godzin. Czas nastąpienia snu po paraldehydzie jest bardzo zmienny i waha się od 15—20 minut do 2—3 godzin. Paraldehyd przy porodzie może mieć zastosowanie tylko w połączeniu z innymi środkami znieczulającymi. Nie zaobserwowano szkodliwego działania paraldehydu na czynność porodową, zdrowie matki i dziecka. *M. Segal* (Lwów).

Tampon Mikulicza w ginekologii. M. MAJZEL. Sow. Wracz. Żurn. Nr 16. 1936.

Tampon Mikulicza zasługuje zdaniem autora na większe zainteresowanie i powinien być częściej stosowany w operacjach ginekologicznych. Materiał autora obejmuje 38 przypadków operacyjnych z tamponem Mikulicza: 21 — zmiany ropne przydatków, 4 — gruźlica przydatków, 2 — zakażona ciąża pozamaciczna, 5 — rak macicy i przydatków, 1 — zakażony mięśniak podsurowiczy, 1 — nabłoniak kosmówkowy, 2 — przebicie macicy po przerwaniu ciąży, 1 — mięśniak międzyblaszkowy, 1 — rozlane zapalenie otrzewnej.

W 48 godzin po operacji stosowano przepłukiwania worka wodą utlenioną lub ciepłym płynem fizjologicznym. Czwartego dnia usuwano wszystkie tampony wewnętrzne a w następnych dniach codziennie przemywano worek nie obawiając się przedostania płynu do jamy brzusznej.

9—10 dnia po operacji worek jest zupełnie oddzielony od otaczającej go ziarniny i łatwo daje się usunąć przez pociąganie za nitkę.

Autor przestrzega przed zbyt wczesnym usunięciem worka, gdyż niszczy się tworzące się zlepy tkanek i można uszkodzić pętle jelitowe. Powikłania w postaci przetok jelitowych lub pęcherzowych są bardzo rzadkie i zazwyczaj goją się samoistnie.

M. Segal (Lwów).

Pewny sposób zaklejenia skaleczeń i otarć naskórka na rękach chirurga. A. SPIRIDONOW. Sow. Wracz. Żurn. Nr 17. 1936.

Sposób autora polega na zalewaniu uszkodzeń naskórka celuloidem rozpuszczonym w acetonie lub eterze octowym do gęstości kolodium; skóra musi być zupełnie sucha i odtłuszczona. Autor stosuje ten sposób od 4 lat i jest z wyników bardzo zadowolony.

Masa ta nie odpada w czasie mycia rąk tak, jak kolodium, nawet jak twierdzi autor przy myciu rąk szczotką i trzyma się kilka dni. *M. Segal* (Lwów).

Znaczenie pomiarów ciśnienia w tętniczkach skórnych w leczeniu stanów przedrzucawkowych. DEZSÖ v. RAISZ. Zbl. f. Gyn. Str. 1634—1639. 1935.

Autor badał ciśnienie krwi w tętniczkach skórnych za pomocą specjalnego aparatu podanego przez Herzoga u 156 kobiet i stwierdził, że ciśnienie to u kobiet zdrowych nie różni się prawie od ciśnienia u ciężarnych, i wynosi w większości przypadków 40, maksimum 50 mm Hg. U ciężarnych z obrzękami jest to ciśnienie niższe od normy i tym znaczniejsze im większe są obrzęki. Nawet przy ciężkich objawach przedrzucawkowych u ciężarnej lub rodzącej nie następowała rzucawka o ile ciśnienie w naczyniach skórnych nie przekraczało 50 mm Hg.

W ostatnich czasach autor wykonał pomiary ciśnienia krwi w naczyniach skórnych u 800 ciężarnych w tym 13 pre- i eklamptyczek. Na podstawie tych obserwacyj stwierdza, że jeżeli ciśnienie w naczyniach skórnych jest mniejsze od 50 mm Hg — (samoistne lub w następstwie zabiegów leczniczych) — należy spokojnie wyczekiwać porodu siłami natury nie obawiając się napadu rzucawki, nawet wtedy, jeżeli stwierdza się wysokie ciśnienie krwi, białkomocz i obrzęki. Jeżeli natomiast ciśnienie w naczyniach skórnych przekracza 50 mm Hg — istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia rzucawki niezależnie od wysokości ciśnienia tętniczego, stopnia białkomoczu i obrzęków, tak długo, dopóki ciśnienie w naczyniach skórnych nie zostanie doprowadzone do liczb normalnych pod wpływem zabiegów leczniczych.

M. Segal (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Rzeżączka kobiet. L. KWAZEBART. Zagadnienie Rasy. Nr 3. 1935.

W obszernej, 46-stronicowej pracy ord. Kwazebart przedstawia w skrócie całe zagadnienie rzeżączki kobiet, a w szczególności jej rozpoznanie, jej leczenie i sposoby stwierdzania jej wyleczenia. W dużej mierze autor opiera się na piśmiennictwie polskim przytaczając Ławrynowicza, Becka, Gromadzkiego, Lorentowicza, Krzyształowicza, Malinowskiego, Szczodrowskiego i innych. Szczególny nacisk kładzie Kwazebart na dobre stwierdzenie wyleczenia rzeżączki, a to sposobami następującymi: 1) prowokacją pokarmową i alkoholową (dietetyczną), 2) prowokacją mechaniczną (masowanie cewki moczowej na zgłębniku metalowym), 3) prowokacją biologiczną i 4) prowokacją chemiczną. Co do wykorzystywania odczynu wiązania dopełniacza zaleca autor jak najdalej idącą ostrożność. *Z. Bieliński* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Uzupełnienia i poprawki do ustaw eugenicznych. L. WERNIC. Zagadnienia Rasy. Nr 3. 1935.

Twórca ruchu eugenicznego w Polsce, a współtwórca wciąż żywo dyskutowanego projektu „Polskiej Ustawy eugenicznej" podaje — jak zresztą wynika z zacytowanego tytułu — cały szereg uzupełnień i poprawek tegoż projektu. Uzupełnienia te i poprawki dotyczą części projektu zatytułowanej „Ustawa o Poradnictwie Przedślubnym", części zatytułowanej „Ustawa o pomocy dla nowożeńców", oraz części zatytułowanej „Ustawa o zmniejszeniu ciężarów opieki społecznej". Część ostatnia obejmuje projekt ustawowego wyjaławiania. Według projektu zabiegi wyjaławiające mogą być dokonane na podstawie jednego ze wskazań eugenicznych biologiczno-lekarskich, społeczno-ekonomicznych i genetycznych. Pod nazwą „wyjaławianie" rozumie się przewiązanie i przecięcie nasieniowodów lub jajowodów bez usuwania gruczołów płciowych. *Z. Bieliński* (Lwów).

Niebezpieczeństwo zarazy wenerycznej w świetle ankiet z 1925 i 1933 roku. J. NOWAKOWSKI. Zagadnienia Rasy. Nr 3. 1935.

Autor przedstawia materiały uzyskane na podstawie wykazów liczbowych chorych wenerycznie, wykazów sporządzonych staraniem Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. Z materiałów tych wynika, że w okresie 8 lat (1925—1933) choroby weneryczne wzrosły u nas przeciętnie o przeszło 50%. Za przyczynę tego przerażającego stanu uważa Nowakowski zbyt małą intensywność walki z tymi chorobami i to tak w dziale leczniczym, jak i zapobiegawczym. Zdaniem autora odpowiedzialność za zarażenie chorobą weneryczną nie powinna ograniczać się jedynie do kobiety; mężczyzna, który zaraził, winien ponieść karę na równi z kobietą popełniającą to samo przestępstwo, a także tak, jak i ona (prostytutka) winien być przymusowo leczony. Autor również wypowiada się za stwarzaniem tzw. „stacyj zapobiegawczych", oraz za wzmożeniem akcji publicystyczno-wychowawczej, przede wszystkim wśród młodzieży i to tak szkół średnich, jak i akademickich. *Z. Bieliński* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 26 lutego 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

Prof. Dr F. Walter *wygłosił odczyt pt.: „Sprawa leczenia kiły przed forum Ligi Narodów"*. (Streszczenie własne).

Komitet Organizacyjny Ligi Narodów ogłosił wyniki ankiety rozpoczętej jeszcze w październiku 1928 roku w sprawie wyników dotychczasowego leczenia kiły. Komitet ekspertów, w skład którego wchodzili prof. Jadassohn z Wrocławia, dr Madsen z Kopenhagi, przewodniczący Komitetu higieny Ligi Narodów, dr Harrison z angielskiego ministerstwa higieny, dr Queyrat z Francji i dr Stokes z Filadelfii, postanowił zebrać materiał z 20 niemieckich klinik dermatologicznych, 10 duńskich, 17 francuskich, 17 ze Stanów Zjednoczonych i z 29 angielskich, odnoszący się do leczenia kiły w dobie obecnej. Kliniki wymienione zebrały materiał dotyczący leczenia kiły I-rzędnej, II-rzędnej, III-rzędnej i wrodzonej. Odpowiedzi zgłaszane były na odpowiednich formularzach, obejmujących tylko tych chorych, którzy co najmniej 6 miesięcy pozostawali w obserwacji danej kliniki. Oprócz tego w ankiecie wzięła udział także klinika w Pekinie.

Do Komitetu napłynęło 25.623 odpowiedzi, których opracowaniem zajmowali się w poszczególnych krajach wyznaczeni eksperci, a całość opracowywał prof. Martenstein z Drezna, podówczas jeszcze asystent kliniki w Wrocławiu, przy współudziale współpracowników kliniki. Z dostarczonego materiału usunięto najpierw około 3% odpowiedzi dotyczących 660 przypadków, które pozostawały w krótszej niż 6-miesięcznej obserwacji. W 27% stwierdzono niedokładności w odpowiedziach, wobec czego należało zażądać dodatkowych jeszcze bliższych wyjaśnień. Zgłoszone przypadki obejmowały 15.333 przypadków kiły pierwszorzędnej i drugorzędnej, 6.869 przypadków kiły utajonej, 1.951 przypadków kiły trzeciorzędnej, a 820 przypadków kiły wrodzonej. Ze względu na znaczne różnice w dostarczonych odpowiedziach różnych krajów zajęto się tylko przypadkami kiły pierwszo- i drugorzędnej, pozostawiając sprawę kiły trzeciorzędnej i wrodzonej do późniejszego opracowania.

Opracowując zebrany materiał podzielono zgłoszone przypadki na 6 grup:

I — zmiana pierwotna ujemna,

II — zmiana pierwotna surowiczo ujemna lub dodatnia, brak bowiem było badań bakteriologicznych lub serologicznych, stwierdzających z całą pewnością dany okres kiły pierwszorzędnej,

III — zmiana pierwotna surowiczo-dodatnia,

IV. kiła drugorzędna w pierwszym roku po zakażeniu.

V. kiła drugorzędna po pierwszym roku zakażenia.

Z tych grup wyodrębniono następnie 12,9% zgłoszonych odpowiedzi, odnoszących się do 1.978 przypadków, a to z powodu niepewnego rozpoznania (braku badania na krętki blade lub braku badań serologicznych). Eksperci podnoszą z naciskiem, że nie we wszystkich krajach techniczne pomocnicze środki rozpoznawcze w całej pełni bywają wykorzystywane. Istnieją kliniki, które nie wykonują kontrolnych badań serologicznych. Po wyodrębnieniu tych niepewnych przypadków, jako też materiału chińskiego, pozostały do opracowania 4.833 przypadki kiły pierwszorzędnej i 8.365 przypadków kiły drugorzędnej, razem więc 13.198 przypadków.

Metody lecznicze można było podzielić na dwie zasadnicze grupy: grupę leczenia przerywanego i grupę leczenia stałego. Jako podstawowe leczenie przyjęto dla pierwszej grupy przeprowadzenie dwóch leczeń sprzężonych (arsenobenzolowo-bizmutowych lub rtęciowych) odbytych w przeciągu 30 tygodni, a rozdzielonych przerwą, a dla drugiej grupy dotyczącej głównie leczenia przypadków kiły drugorzędnej 5 oddzielnych sprzężonych leczeń, trwających około 21 miesięcy. Leczenie stałe obejmowało okres stosowania w 65 tygodniach 12 g neosalwarsanu, 4 g metalicznego bizmutu lub 1.5 g oleju szarego lub kalomelu albo także 2,8 g salicylanu rtęci. Pomiędzy poszczególnymi zabiegami lub leczeniami stosowane przerwy nie mogły wynosić więcej niż 4 tygodni i to jeszcze w wyjątkowych przypadkach.

Sprawozdanie ekspertów zawiera liczne szczegółowo zestawione tablice, dzielące omawiane przypadki na 4 główne grupy: 1) przypadki, które po leczeniu były stale surowiczo-ujemne, 2) przypadki, w których po skończeniu leczenia wystąpiły nawroty kliniczne, 3) przypadki z nawrotami serologicznymi i 4) przypadki, które stale mimo leczenia pozostały surowiczo-dodatnie. Oprócz tego statystyka obejmuje dwie mniejsze grupy dotyczące przypadków z niepewnymi serologicznymi lub klinicznymi nawrotami. Wyniki działania leczenia zarówno stałego, jak i przerywanego były przy zastosowaniu obydwu sposobów leczenia zadowalniające. Leczenie stałe wykrywało najlepsze wyniki w Stanach Zjednoczonych, nawroty bowiem kliniczne występowały przy tym sposobie leczenia w 0.77%, przy leczeniu przerywanym w 9.75%, a przy leczeniu częściowo stałym a częściowo przerywanym w 11.6%. Także w Niemczech, we Francji i w Anglii wyniki po zastosowaniu leczenia stałego były dobre. Leczeniem przerywanym najlepsze wyniki osiągnięto w Danii i w Wielkiej Brytanii.

Te wszystkie zebrane wyniki stwierdzają tylko osiągnięte wyniki w pewnym, zbyt krótkim okresie czasu, dlatego że większość przypadków obserwowana i kontrolowana była tylko przez krótki okres czasu. I tak np. w grupie przypadków leczonych w sposób przerywany, które po skończeniu leczenia były surowiczo-ujemnymi, nie można było śledzić dalszych losów tych chorych w Niemczech w 23.8%, w Danii w 28.4%, w Stanach Zjednoczonych w 50.9%, we Francji w 65.5%, a w Wielkiej Brytanii w 12.7%. Poza tym jeszcze część przypadków była kontrolowana tylko do pierwszego roku po ukończeniu leczenia.

Zestawienia statystyczne obejmują jeszcze przypadki powtórnego zakażenia, występującego w czasie leczenia powikłań, badania dotyczące płynu mózgowo-rdzeniowego, ilość nawrotów tak serologicznych, jak i klinicznych.

W pewnych krajach, jak np. w Danii stosuje się badania płynu mózgowo-rdzeniowego prawie wyjątkowo, a również w innych krajach nie posługiwano się zbyt często tą metodą badania. Pośród powikłań największą ilość notowano w Anglii, a mianowicie żółtaczkę. Najmniejszą ilość powikłań stwierdzono w Danii. Na 13.198 przypadków leczonych w sposób sprzężony było 10 przypadków śmierci.

Na podstawie wyników tej ankiety eksperci dochodzą do pewnych wniosków, które w postaci zaleceń polecają stosować przy postępowaniu leczniczym w przypadkach kiły pierwszorzędnej i drugorzędnej. Leczenie przeciwkiłowe należy możliwie jak najwcześniej rozpoczynać w okresie surowiczo-ujemnej zmiany pierwotnej. Dla pewnego rozpoznania kiły należy zastosować wszelkie techniczne sposoby badania. Przed leczeniem i w czasie leczenia należy najdokładniej kontrolować ogólny stan narządów wewnętrznych ustroju. Leczenie zmiany pierwotnej surowiczo-ujemnej obejmować powinno cztery leczenia z przerwami 3—5-tygodniowymi (jako leczenie przerywane), przy czym stosować należy duże dawki arsenobenzolu w odstępach tygodniowych (0.6—0.75 g neoarsenobenzolu) i wstrzykiwania soli bizmutowej nierozpuszczalnej w ilości 0.2—0.24 g bizmutu metalicznego. Każde leczenie trwać powinno 10 tygodni. W tych przypadkach, w których po skończonym leczeniu nastąpił nawrót serologiczny, należy stosować jeszcze dalsze trzy leczenia po osiągnięciu ujemnych odczynów. Leczenie stałe w przypadkach kiły surowiczo-dodatniej trwać powinno 65 tygodni, bez większych przerw, przy czym należy stosować okresowo pięć leczeń arsenobenzolowych i pięć leczeń bizmutowych lub rtęciowych. Jako zasadę przyjmują eksperci stosowanie wysokich poszczególnych dawek preparatów arsenobenzolowych przy mniejszej ilości ogólnej. Po skończonym leczeniu chorzy powinni pozostać co najmniej 3 lata w kontroli klinicznej i serologicznej. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego przy końcu obserwacji jest bezwzględnie konieczne.

(Le traitement de la syphilis. D'après une enquête dans cinq pays effectuée sous les auspices de l'organisation d'hygiène. Bulletin trimestriel de l'organisation d'hygiène. Vol. IV. Nr 1, mars 1935. 118 pages. Société des Nations, Genève).

Doc. Dr Z. Szantroch *wygłosił odczyt pt.: „Ogólne zasady budowy układu nerwowego wegetatywnego"*. (Streszczenie własne).

Pojęcie układu nerwowego wegetatywnego jest raczej pojęciem fizjologicznym aniżeli morfologicznym. Ma ono na celu ujęcie w jedną całość tych wszystkich części układu nerwowego, które zaopatrują narządy wegetatywne tj. narządy pozostające głównie na usługach przemiany materii, jak przewód pokarmowy, oddechowy, narządy krążenia, gruczoły itd. Ponieważ obwodowe części tego układu nerwowego wegetatywnego tworzą bardzo rozległe i rozrzucone sploty, przeto badanie w ich obrębie przebiegu dróg nerwowych metodami histologicznymi nasuwało ogromne trudności, tym bardziej, że włókna tych nerwów posiadają bardzo cienką osłonkę myelinową lub nie posiadają jej zupełnie, co wprost uniemożliwia badanie ich drogą zwyrodnienia. Toteż starano się sprawę przebiegu dróg nerwowych w obwodowych splotach wyświetlić na podstawie eksperymentu. Langley stwierdził, że pod wpływem $^1/_2$% roztworu wodnego nikotyny ulegają porażeniu obwodowe zwoje układu wegetatywnego przez to, że następuje rozluźnienie połączeń pomiędzy włóknami przed-

zwojowymi *(fibrae praeganglionares)*, łączącymi system ośrodkowy ze zwojami, a włóknami pozazwojowymi łączącymi odpowiednie zwoje z narządami wegetatywnymi. Tą drogą ustalono, w których zwojach kończą się przedzwojowe a rozpoczynają się pozazwojowe włókna różnych dróg nerwowych, zdążających do odpowiednich narządów wegetatywnych. Wyniki tych badań wskazywałyby na to, że poszczególne narządy wegetatywne otrzymują gałązki nerwowe pochodzące z dwóch różnych okolic systemu nerwowego, przy czym drażnienie jednych wywołuje podniecenie, drażnienie zaś drugich zahamowanie czynności odpowiednich narządów. Stwierdzono również, że podobny wynik można uzyskać przez wprowadzenie do ustroju pewnych jadów jak np. adrenaliny, muskaryny, atropiny itd. Doprowadziło to do podziału całego układu nerwowego na układ współczulny i przywspółczulny, które zachowują się w stosunku do siebie antagonistycznie, jeżeli chodzi o wynik ich oddziaływania na poszczególne narządy.

Późniejsze jednak badania wykazały, że taki ścisły podział układu wegetatywnego nie da się przeprowadzić ani pod względem farmakologicznym ani anatomicznym. Ostatnie badania morfologiczne wskazują raczej na to, że genetycznie i histologicznie można odróżnić w układzie wegetatywnym układ nerwowy narządów krążenia i układ nerwowy przewodu pokarmowego i jego pochodnych, jak płuc, oskrzeli, niektórych przewodów gruczołowych, pęcherza moczowego itd. Badania morfologiczne w tym kierunku nie są jednak bynajmniej ukończone i cały szereg zagadnień anatomicznych pozostaje jeszcze nierozwiązanych.

Sekretarz: *Dr St. Dziuba.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 4 marca 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Oszacki.

Kol. Herzog (z Oddz. I B Szpitala św. Łazarza) *omawia przypadek nietypowego przebiegu choroby Adamsa-Stokesa charakteryzujący się naprzemiennymi okresami znacznego przyspieszenia oraz zwolnienia tętna, występującego wielokrotnie w ciągu doby już to samoistnie, już to pod wpływem ucisku na okolicę sinus caroticus.*

Nieraz występuje zupełne wypadanie skurczów całego serca przez okres 6 i więcej sekund. Elektrokardiograficznie wypadania te przedstawiają się jako czysta, nieprzerwana linia izoelektryczna, co świadczyło by albo o bloku zatoko-przedsionkowym, albo też o zupełnej asystolii całego serca, jakoby „ciszy zatokowej", w której w obrębie zatoki nie wytwarzają się żadne bodźce. Tym okresom wypadania skurczów serca towarzyszą objawy zespołu Adamsa-Stokesa w postaci bladości powłok skórnych i błon śluzowych oraz krótkotrwała utrata przytomności. Okresom częstoskurczu towarzyszą objawy podniecenia ruchowego. Po okresach wypadania skurczów serca przychodzi do automatyzmu komór w postaci rytmu węzłowego przechodzącego potem w rytm zatokowy początkowo jeszcze częściowo zablokowany, później normalny rytm zatokowy. Przypadek ten, który dotyczył 74-letniego dotąd zdrowego mężczyzny, charakteryzował się jeszcze tym, iż mimo tak znacznych zaburzeń w rytmice serca, mimo ogólnej miażdżycy oraz dość długiego trwania sprawy chorobowej wykazywał tylko minimalne objawy niewyrównania krążenia i to tak w przebiegu klinicznym, jak też i w obrazie anatomo-patologicznym.

W dyskusji: Kol. Szczeklik podkreśla rzadkość występowania objawów zespołu A.-S. w bloku zatokowo-przedsionkowym. Sądzi, że w omawianym przypadku ma się raczej do czynienia z zaburzeniem dromotropizmu niż batmotropizmu, za czym przemawiało by również przedłużenie czasu P—Q do 0,21 sekundy na krzywych Ekg. bez bloku zatokowo-przedsionkowego, jak również wpływ ucisku na nerw błędny.

Prof. Dr Oszacki: ze stanowiska mechanizmu powstawania ataków Adams-Stokesa uderza to, że nie blok przedsionkowo-komorowy był zasadniczym podkładem, ale raczej zatoko-przedsionkowy i tutaj jednak można mieć pewne wątpliwości co do interpretacji elektrokardiogramu: niewątpliwie wiele przemawia za blokiem zatokowo-przedsionkowym, a więc za batmotropową patogenezą. Nie wykluczoną jest jednak jeszcze druga możliwość, mianowicie, że chodzi tutaj o wyczerpywanie się węzła zatokowego, a więc geneza dromotropowa; w takim razie mielibyśmy naprzemiennie z tachykardią zatokową okresy „ciszy zatokowej", a więc braku powstających w zatoce bodźców, zaś idiowentrykularne skurcze powstawałyby w następstwie tej ciszy z węzła Aschoff-Tawary po krótszej czy dłuższej pauzie preautomatycznej. A zatem: tachykardia, brak zupełnego bloku przedsionkowo-komorowego oraz w każdym razie zatokowo-przedsionkowa geneza ataków stanowiłyby nader rzadkie i zastanawiające cechy tego przypadku nietypowej choroby A.-St.

Prof. Dr Supniewski *wygłasza wykład pt.: „Nowe badania mechanizmu czynności fizjologicznej układu autonomicznego"* (przeznaczone do druku).

W dyskusji: Prof. Dr Kaulbersz podnosi ważne znaczenie badań humoralnego działania nerwów wegetatywnych dla całokształtu nowoczesnej fizjologii i wspomina, że na ostatnim Międzynarodowym Kongresie Fizjologów tej sprawie poświęcono parę posiedzeń. Nad zagadnieniem tym pracuje dziś szeroko szkoła Cannon'a, który doszedł do sprecyzowania różnic biologicznych między adrenaliną i sympatyną E i J. Ilość przenikającej do mięśni gładkich sympatyny podczas drażnienia gałązek nerwów wegetatywnych decyduje o wielkości oddziaływania mięśnia gładkiego. Natomiast pośrednictwa acetylcholiny między zakończeniami nerwów ruchowych i mięśni szkieletowych nie można jeszcze uważać za pewne. Badania węgierskiego fizjologa Mansfelda wskazują, że podobnie jak nerwy wegetatywne działają przez pośrednictwo hormonów, tak i niektóre hormony, jak np. tyroksyna, wywierają swój wpływ przez pośrednictwo pni nerwowych.

Sekretarz: *Dr St. Dziuba.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół V posiedzenia naukowego wspólnie z Wileńskim Tow. Chirurgicznym z dnia 24 lutego 1936 r. w sali wykładowej Kliniki Chirurgicznej U. S. B.

Przewodniczący: Prof. Dr I. Abramowicz.

Dr Wejngarten *przedstawił chorego z Oddz. Chirurgicznego Szpitala św. Jakuba, lat 23, z owrzodzeniem zespolenia żołądkowo-jelitowego, wywołanym jedwabną nitką.*

Choremu przed $1^1/_2$ rokiem w Szpitalu Żydowskim z powodu wrzodu dwunastnicy założono zespolenie żołądkowo-jelitowe. Po operacji nawrót cierpienia. Zabieg operacyjny (Dr Achmatowicz) polega na wycięciu 1/3 części żołądka łącznie z zespoleniem. Usunięto również górny odcinek jelita czczego z zespoleniem Brouna. Żołądek zespolono z jelitem czczym poniżej wyciętego odcinka metodą Raichel-Polia. Wyzdrowienie. Przypadek ten może przyczynić się do wyświetlenia etiologii wrzodów w zespoleniach żołądkowo-jelitowych, których przyczyną może być zastosowanie jedwabnego szwu na śluzówkę. Dr Achmatowicz szyje śluzówkę katgutem.

Przypadek II dotyczy chorego lat 26, z owrzodzeniem w zespoleniu żołądkowo-jelitowym oraz z przetokami żołądkowo-poprzecznicową i jelitowo-poprzecznicową. Choremu przed sześciu laty w Warszawie z powodu wrzodu dwunastnicy założono zespolenie żołądkowo-jelitowe. Od roku chory miewa wymioty kałowe. Operacja polegała na wycięciu połowy żołądka, części poprzecznicy i górnego odcinka jelita czczego. Wycięto żołądek metodą Raichel-Polia. Poprzecznicę wycięto jednoczasowo, zeszywając kikuty, koniec z końcem. W taki sam sposób zeszyto kikuty jelita cienkiego. Żołądek zespolono z jelitem cienkim poniżej wyciętego odcinka. Chory zmarł w 5 godzin po zabiegu z powodu niewydolności mięśnia sercowego. Przypadek świadczy o tym, że przy wrzodach dwunastnicy należy wycinać żołądek.

Dr Lejtman *omówił historię choroby chorego, lat 24, z ranami postrzałowymi głowy, klatki piersiowej i brzucha.*

Chorego na Oddział Chirurgiczny Szpitala św. Jakuba dostarczyło pogotowie. Chory był operowany (dr Achmatowicz) w 2 godziny po wypadku. W jamie brzusznej stwierdzono znaczną ilość krwi ze skrzepami. Jelito kręte, poczynając od zastawki Bauhina, jest przestrzelone w 16 miejscach z naruszeniem całości światła. Krezka przestrzelona w 6 miejscach i w jednym miejscu krezka esicy. Stwierdzono krwotok z tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej, która miała rozerwaną ścianę na przestrzeni wielkości główki zapałki, podobne uszkodzenie miała żyła biodrowa zewnętrzna. Naczynia te podwiązano. Następnie zeszyto otwory w jelicie krętym i krezce. Po operacji wystąpiły powikłania w postaci zapalenia płuc; nacieki w okolicy tętnicy biodrowej zewnętrznej, które usunięto. Chory czuje się bardzo dobrze, zauważono brak tętna na tętnicy udowej.

Dr Burak *przedstawia: 1) chorą, lat 40, z wrzodem żołądka drążącym.*

Chora przybyła do kliniki z bólami w nadbrzuszu lewym. W płucach przytłumienie i osłabienie szmeru oddechowego po stronie lewej. W nadbrzuszu znaczny opór mięśniowy, znaczna bolesność uciskowa. Pozostałe okolice brzucha wzdęte. Leukocytoza 9.700. Badanie radiologiczne wykazało na krzywiźnie mniejszej obecność niszy wrzodowej. Przypadek jest interesujący ze względu na trudność określenia punktu wyjścia sprawy chorobowej, co wyświetliło dopiero badanie radiologiczne oraz ze względu na połączenie sprawy zapalnej w jamie brzusznej ze zmianami w opłucnej lewej.

2) *chorą, lat 53, z guzem wychodzącym ze zgięcia wątrobowego poprzecznicy.* Przypadek interesujący ze względu na łatwość fizykalnego badania guza oraz z powodu objawów zwężenia światła jelita.

Prof. Dr M. Rose *omawia chorego ze schorzeniem jąder podkorowych,* u którego przed kilku laty wystąpiły ruchy podrzucające głowy, następnie kończyny górnej prawej oraz mimowolne ruchy w zakresie mięśni mimicznych ust. Nieustanne te ruchy wywołały znaczny przerost mięśni karku i były tak męczące, że chory nosił się z zamiarem popełnienia samobójstwa. Skopolamina i atropina działały u chorego słabo. Prelegent przedstawił na filmie stan chorego przed leczeniem i po zabiegu operacyjnym, oraz sposoby, jakimi można było na chwilę ruchy te powstrzymać. Okazało się mianowicie, że oziębienie podniebienia chlorkiem etylowym, przytrzymanie palcem pierwszego zęba trzonowego, założenie ręcznika na szyję, włożenie zapałki w kącik ust, znacznie zmniejszało na chwilę te mimowolne ruchy. Ze względu na ten stan chorego, postanowiono przeciąć 3 pierwsze korzonki szyjne przednie i tylne. Prelegent zaznacza, że zabieg ten ma znaczenie tylko paliatywne. Ze względu bowiem na umiejscowienie sprawy chorobowej w jądrach podkorowych jest rzeczą możliwą, a nawet dość prawdopodobną, że po pewnym czasie wystąpią u chorego ruchy mimowolne w zakresie mięśni tułowia lub twarzy, o ile sprawa chorobowa, na której przebieg zabieg operacyjny nie może mieć żadnego wpływu, samoistnie się nie zatrzyma.

Prof. Dr K. Michejda wyjaśnia technikę zabiegu, zwracając uwagę na niebezpieczeństwo wynikające z bardzo bliskiego sąsiedztwa obu tętnic kręgowych oraz na konieczność otwarcia I kręgu szyjnego. Chory zniósł zabieg dobrze. Przy zabiegu doszło do lekkiego uszkodzenia piramid po stronie lewej. Porażenie to obecnie się cofa.

Dr Achmatowicz podaje, że przed 4 laty operował prawie podobny przypadek z kliniki prof. Władyczki, z tą różnicą, że chory nie miał drgawek w kończynie górnej prawej, przeciął on wówczas *n. accessorius* poza wyjściem przez *for. jugulare,* uzyskując dobry wynik za pomocą zabiegu nierównie lżejszego od tego, jaki wykonano w omówionym wyżej przypadku.

Prof. M. Rose w odpowiedzi Dr Achmatowiczowi stwierdza, że chory, o którym ten wspomina, jest tym samym, którego przedstawił; zwraca jednocześnie uwagę, że po przecięciu korzonków przednich i tylnych doszło do porażenia mięśni przez nie zaopatrywanych, jest więc rzeczą niemożliwą, by w zakresie tych właśnie mięśni doszło do jakichkolwiek ruchów w przyszłości.

Dr Achmatowicz w odpowiedzi prof. Rosemu wypowiedział swoje zdziwienie z powodu tego, że prelegent nie wspomniał o tak ważnym momencie, jak o dokonaniu przez niego przed kilkoma laty na tymże chorym zabiegu operacyjnego i przypuszcza, że sprawa się rozszerzyła a zabieg dokonany przez prof. Michejdę będzie o tyle bezskuteczny, że po jakimś czasie sprawa chorobowa obejmie inne grupy mięśni, jak to było po pierwszym zabiegu.

Prof. Dr K. Michejda *przedstawia chorą, lat 8, z wrodzonym prawostronnym zwichnięciem stawu biodrowego* nastawionym w czasie, gdy dziecko miało 9 miesięcy. Wyleczenie kliniczne trwałe (objaw Trendelenburg'a ujemny). Długość kończyn jednakowa, ruchomość pełna. Rentgenologicznie nieznaczne zmiany w górnej części panewki (nierówność brzegów) przy prawie normalnym wyglądzie główki.

Dyskusja: Dr Zarcyn wypowiada się za nastawieniem w wieku późniejszym (r. 4—7).

Prof. Dr Michejda podkreśla konieczność jak najwcześniejszego leczenia wszelkich wad wrodzonych ze względu na konieczność stworzenia prawidłowych bodźców i hamulców wzrostowych w okresie poprzedzającym energiczny wzrost. W szczególności przy wrodzonym zwichnięciu, uważa okres między ukończonym dwudziestym miesiącem życia, a ukończonym trzecim rokiem za najwłaściwszy do leczenia i w tym okresie miał najlepsze wyniki.

Przypadek II. Chory P. T., lat 36, z kamieniem w prawej miedniczce nerkowej, w następstwie którego powstał ropień okołomiedniczkowy, który uczynił niemożliwym usunięcie kamienia. Obecnie chory jest w zupełnie dobrym stanie; reszta azotowa = 55 mg %, przed zabiegiem 90 mg %.

Przypadek III. Chora W. M., lat 39, w wywiadzie wskazywała na okresowy krwiomocz, któremu stale towarzyszyły objawy bólowe o natężeniu przeważnie słabym. Przewaga objawów krwawienia i słabe natężenie bólów nasuwały podejrzenie nowotworu nerki lewej, tym bardziej, że na jej dolnym biegunie wyczuwalne były wyraźne guzowate stwardnienia. Zabieg wykonano z rozpoznaniem wątpliwym — kamicy nerkowej(co potwierdzone zostało w czasie zabiegu). Nerka mianowicie nie zawierała miąższu prawidłowego i stanowiła torbiel wypełnioną rozpadłą masą, którą stwierdzono też w rozszerzonym moczowodzie. Guzowata nierówność wyczuwalna klinicznie i w czasie zabiegu pochodziła od szczątków kamienia, który w dolnym biegunie był mocno przytwierdzony do przedniej ściany nerki, sprawiając wrażenie guzowatej nierówności. Stan chorej po operacji dobry.

Przypadek IV. Chora S. N., lat 26, operowana z powodu żółtaczki mechanicznej. Zabieg operacyjny nie ujawnił żadnej przeszkody w drogach żółciowych, nierozszerzonych, zawierających żółć, nie posiadającą cech żółci zastoinowej. Wykonano drenaż przewodu żółciowego wspólnego, nie usuwając woreczka żółciowego. Wyleczenie. Prelegent omawia przypuszczalny mechanizm powstania żółtaczki, sprowadzając go do zaburzeń czynnościowych komórki wątrobowej. Drenaż dróg żółciowych z obniżeniem ciśnienia w obrębie tychże mógł być czynnikiem wpływającym dodatnio na czynność komórki wątrobowej.

Przypadek V, VI, VII i VIII po wycięciu wrzodów żołądka, przy czym jeden z nich dotyczył chorego z uprzednio założonym zespoleniem żołądkowo-jelitowym, z wrzodem na pierścieniu zespoleniowym. W związku z przedstawionymi przypadkami omawia wskazania do zespolenia i do wycięcia przy wrzodzie żołądka, wypowiadając się za wycięciem z zachowaniem zespolenia dla przypadków operowanych w wieku późnym, przy wrzodzie zagojonym, z pozostawieniem blizny zwężającej odźwiernik.

Przypadek IX dwustronnego wola u panny 16-letniej z porażeniem nerwu krtaniowego dolnego po stronie lewej. Porażenie to cofnęło się po wycięciu po stronie prawej, mimo że prawa strona była mniej zajęta aniżeli lewa. Zabieg operacyjny wykonano dwuaktowo, usuwając po stronie prawej 125 g, po stronie lewej 225 g gruczołu.

Przypadek X. Chora lat 10, ze złamaniem podudzia, nastawionym i ustalonym szyną gipsową bezpośrednio po złamaniu. Nastawienie jest, jak wykazuje zdjęcie rentgenowskie — idealne; jednocześnie prelegent podkreśla konieczność dokonywania nastawień w okresie jak najwcześniejszym.

Dr Oleński *przedstawił* trzy przypadki chorych:

I. *Wodonercze prawej nerki spowodowane przegięciem moczowodu wskutek przemieszczenia nerki wędrującej* u chorego lat 52, który od 30 lat cierpi na bóle w okolicy lędźwiowej prawej. Czynność nerki prawej zniesiona, reszta azotowa 75 mg %. Wykonano nefrektomię. Miedniczka i kielichy nadmiernie rozszerzone, miąższ nerki zrazikowaty. Chory czuje się dobrze. Reszta azotowa 50 mg %.

II. *Chorego lat 32, operowanego z powodu guza jądra.* Badanie histologiczne wykazało zmiany typowe dla mięsaka okrągłokomórkowego.

III. *Chorego, lat 9, leczonego zachowawczo z powodu osteochondritis deformans juvenilis coxae dextrae,* z charakterystycznym obrazem klinicznym i rentgenologicznym.

Dr Szczerbo *przedstawia przypadek późnego powikłania po usunięciu wyrostka robaczkowego u dziecka 4-letniego;* w rok po operacji zjawił się guz w podżebrzu lewym, który operowano w klinice i wypuszczono dość dużą ilość ropy. Po tygodniu zjawił się guz na talerzu biodrowym prawym. Dziecko dalej leczono zachowawczo. Po tygodniu zjawił się naciek około rany pooperacyjnej, leczony również zachowawczo. Dziecko wypisano zdrowe.

Dr Lidzki: Przyp. I. *Chora lat 28, z gruźlicą nerki, którą leczono jako zapalenie pęcherza.*

Od 2 lat chora odczuwa okresowe bóle w okolicy lędźwiowej lewej, mocz oddaje bardzo często z bólami. Nerka lewa powiększona, macalna. Pyelografia dożylna (tenebryl) cienia lewej nerki nie wykazała. Cystoskopia wykazała owrzodzenie w miejscu ujścia lewego moczowodu. Indygokarminu lewa nerka nie wydziela wcale. Wykonano nefroktomię. Nerka zawierała liczne jamy wypełnione serowatymi masami.

Dr Kieturakis *przedstawia chorego lat 21, przybyłego z prowincji z objawami krwotoku wewnętrznego, trwającego 2 dni, a powstałego z powodu pęknięcia nerki lewej, na skutek urazu (upadek).*

Ciężki stan chorego zadecydował natychmiastowy zabieg, w czasie którego usunięto nerkę. Prelegent podkreśla, że bardzo ciężki stan chorego i obfite krwawienie z miejsca pękniętego zmusiły do szybkiego zakończenia operacji przez usunięcie w całości nerki.

Dr Chodorowski *przedstawia przypadek promienicy twarzy i szyi* u chorego P. L., l. 33. Przypadek jest interesujący, gdyż pomimo intensywnego leczenia choroba postępuje dalej naprzód.

Przewodniczący: *I. Abramowicz.*

Sekretarz: *J. Zienkiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

I posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 22 stycznia 1937. Porządek dzienny: 1) Kol. Lipiński W.: Porażenia poszczepienne jako powikłanie przy uodparnianiu przeciw wściekliźnie (demonstracja). 2) Kol. Petryński B.: Przypadek ropnia płuc leczonego będźwinianem sodowym (demonstr.). 3) Kol. Zeghauser A.: Wpływ przysadki mózgowej na gospodarkę węglowodanową ustroju (wykład).

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dniu 13 stycznia 1937 r zostali wybrani: prezes — dr B. Frenkiel, wiceprezesi — dr H. Rueger i dr. A. Margolis, skarbnik — dr B. Knichowiecki, sekretarze — dr B. Czaplicki i dr A. Tenenbaum, bibliotekarze — dr J. Żurkowski i dr M. Kocen.

W czasie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie od dnia 4—7 lipca 1937 odbędą się posiedzenia Sekcji chirurgicznej. Dwa posiedzenia odbędą się wspólnie z posiedzeniami Sekcji medycyny wewnętrznej, która będzie czynną jako XII Zjazd Internistów Polskich. Referaty na te dwa posiedzenia są następujące: „Klinika zaburzeń wegetatywnodokrewnych z zakresu dziedziny chorób wewnętrznych" i „Klinika trzustki". Ze strony chirurgów współpracę przy I temacie objęli Dr Bross i Dr Michałowski (Lwów), przy II temacie Prof. Dr Jurasz (Poznań). Na pozostałych posiedzeniach Sekcji chirurgicznej będą wygłaszane referaty na dowolne tematy z zakresu chirurgii. Gospodarzem Sekcji chirurgicznej został wybrany Prof. Dr Tadeusz Ostrowski, Lwów, ul. Pijawów 4, Klinika Chirurgiczna U. J. K.

Wiedeńskie Towarzystwo Lekarskie obchodzi na wiosnę br. uroczystość stulecia swego istnienia. W związku z tym urządza Wiedeńskie Tow. Lek. wspólnie ze „Związkiem propagowania postępu wiedzy lekarskiej" Uniwersytetu Wiedeńskiego w czasie od 19—29 maja 1937 r. Tygodnie Lekarskie, które dadzą sposobność poznania i usłyszenia wykładów szeregu znakomitych uczonych Austrii i zagranicy. Zapewniony jest udział szeregu honorowych członków i korespondentów towarzystw lekarskich zagranicy. Między innymi wygłosza referaty: v. Bergmann, Clairmont, v. Haberer, Kahler, Leriche, Lexer, Friedrich v. Müller, Naegeli, Payr, v. Pfaundler, Rille, Sauerbruch, Stoeckel, Verebély, Wessely. Prócz tego w ramach 59 Międzynarodowych Kursów Lekarskich odbędą się wykłady wszystkich towarzystw naukowych lekarskich we Wiedniu ze szczególnie bogatym programem odczytów i pokazów. Przygotowany jest również szereg zebrań towarzyskich. Wyczerpujący program można otrzymać w *„Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät" IX., Alserstrasse 4, Allgemeines Krankenhaus.*

Różne.

Z kraju.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych za zgodą Min. Opieki Społecznej przyznał Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie dodatkowy kredyt na rok 1936 na sanatoryjno-szpitalne leczenie gruźlicy w wysokości 75.000 zł. Z ogólnego dodatkowego kredytu 650.000 zł przeznaczonego na ten cel, Z. U. S. przyznał Ubezpieczalniom Społecznym: w Białej 21.000 zł, w Bydgoszczy 23.000 zł, w Gdyni 15.000 zł, w Lublinie 22.000 zł, w Łodzi 60.000 zł, w Poznaniu 45.000 zł, w Sosnowcu 46.000 zł, w Zamościu 16.000 zł, w Stryju 8.000 zł, w Żyrardowie 18.000 zł.

Niemcy.

W oddziele rentgenologicznym Szpitala Rudolfa Hessa w Dreźnie poddano badaniu 304 robotników, zatrudnionych przy czyszczeniu metali przy pomocy pistoletów piaskowych. Na 304 zbadanych robotników u 107 stwierdzono objawy tzw. krzemicy. Dzieląc robotników według czasu pracy zawodowej, stwierdzono u niektórych już w 1 roku pracy początki krzemicy. Większość robotników zapada na tę chorobę w pierwszym pięcioleciu.

Konkursy.

Izba Lekarska w Krakowie, wykonując uchwałę Rady Izby Lekarskiej z dnia 5 kwietnia 1936 r., ogłasza dla uczczenia pamięci Marszałka Józefa Piłsudskiego konkurs na pracę naukową z zakresu higieny społecznej i zwalczania chorób społecznych (gruźlica, rak, gościec stawowy, choroby weneryczne, psychiczne, alkoholizm). Praca winna być oryginalna, dotychczas nieogłoszona i winna zawierać istotny przyczynek naukowy w danej dziedzinie. W konkursie mogą wziąć udział lekarze, członkowie jednej z Izb Lekarskich Państwa Polskiego. Nagroda wynosi 750 zł. Izba Lekarska zastrzega sobie ewentualny podział nagrody na dwie. Praca powinna być przesłaną do Izby Lekarskiej w Krakowie, ul. Krupnicza 11 a, w terminie do 30 sierpnia 1937 roku, bezimiennie w kopercie z napisem „Konkurs na pracę naukową im. Marszałka Józefa Piłsudskiego" i opatrzona godłem; osobno należy dołączyć zamkniętą kopertę, również opatrzoną godłem, a zawierającą wewnątrz imię, nazwisko i adres autora. Rękopis, który pozostaje własnością autora, powinien być przepisany na maszynie, po jednej stronie i z marginesem.

Celem uczczenia pamięci Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego podpisane organizacje ogłaszają konkurs naukowy na pracę nad rakiem. Warunki konkursu: 1. W konkursie mogą brać udział obywatele Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Prace winny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach. 3. Tematem pracy mogą być spostrzeżenia kliniczne, jak również doświadczalne z zakresu nowotworów złośliwych. 4. Zgłaszane na konkurs prace powinny obok piśmiennictwa obcego uwzględniać odnośne piśmiennictwo rodzime. 5. Prace konkursowe podpisane obranym przez autora godłem powinny być nadesłane w maszynopisie w dwóch egzemplarzach najpóźniej do dnia 12 maja 1937 r. pod adresem: Polski Komitet do Zwalczania Raka, Warszawa, Karowa 21, gmach Towarzystwa Higienicznego. 6. Do prac należy załączyć zamkniętą kopertę, na zewnątrz zaopatrzoną w godło, wewnątrz zaś zawierającą imię, nazwisko i adres autora. 7. Do oceny prac zostanie powołany Sąd Konkursowy. 8. Ustala się nagrody za przyjęte przez Sąd Konkursowy prace: I — 700 zł, II — 600 zł, III — 300 zł. 9. Prace nagrodzone będą ogłoszone w czasopiśmie Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka pt.: „Nowotwory" z zaznaczeniem, że praca ta została nagrodzona na konkursie. 10. Sąd Konkursowy ma prawo przyznać tylko niektóre lub żadnej z ogłoszonych nagród. Pozostałe z tego tytułu fundusze przekazać na następny konkurs. — Instytucje organizujące konkurs: 1. Polski Komitet do Zwalczania Raka. 2. Instytut Radowy im. Skłodowskiej-Curie. 3. Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka. 4. Wileński Komitet do Zwalczania Raka. 5. Polski Instytut Przeciwrakowy we Lwowie. 6. Łucki Komitet do Zwalczania Raka. 7. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Jagiellońskiego. 8. Stowarzyszenie Asystentów Uniwersytetu Poznańskiego.

Redakcja otrzymała:

W. R. Wedel: An introduction to pawnee archeology, Smithsonian Institution Bureau of American Ethnology. Bulletin 112. Washington 1936.

W. M. Walker: The Troyville Mounds Catathoula Parish la, Smith. Inst. Bur. of Americ. Ethnol. Bulletin 113. Washington 1936.

Wł. Mikulowski: O kolorymetrycznej metodzie ilościowego określania cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym. Odbitka z „Nowin Lekarskich". Z. 22 i 23. 1936.

Wł. Mikulowski: Contribution au problème des complications au cours des oreillons des enfants. Odb. z „Paris Médical" 1936.

Wissenschaftliche Mitteilungen aus dem Balneologischen Universitäts-Institut zu Bad-Nauheim. H. 3. 1936.

M. Zachert: Indication pour les praticiens généraux sur le traitement du trachome des enfants au- dessous de dix ans. Odb. z „Revue du Trachome". T. XIII. Nr 4. 1936.

M Zachert: Les principes du traitement du trachome chez les enfants. Odb. z „Société française d'Ophtalmologie" 1936.

M. Zachert: Kongres Okulistyczny w Paryżu. Odb. z „Przeglądu Trachomatologii". Z. 3. 1936.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.